

Programa d'Educació per la Salut en la Lactància Materna

**“El millor de tu, en el millor dels
envasos”**

Treball Final de Grau

Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia

Grau en Infermeria

Curs 2017-2018

Realitzat per: Rosa Curto

Tutoritzat per: Laia Selva

Lleida, 14 de Maig del 2018

Agraïments

En primer lloc agrair a la meva tutora Laia Selva per haver-me ajudat al llarg d'aquest mesos amb tots els problemes que han anat sorgint. Per guiar-me en el procés, donar-me consells, estar sempre disposada a realitzar una tutoria amb mi per a que els objectius del treball és complissin i donar-me molts ànims en els últims dies de realització del treball.

A la família i als amic per donar-me suport durant tot el Grau d'Infermeria.

Gràcies a tots els que heu fet possible aquests quatre anys de carrera i la realització del treball final de grau.

Resum

La lactància materna (LM) és la millor forma d'alimentació dels nens en les primeres etapes de la seva vida. La llet materna és reconeguda com la nutrició ideal per al primer any de vida dels nadons, amb menjar complementari afegit als sis mesos de néixer. Aquesta pot ser una experiència meravellosa per a la mare i el fill, proporciona una alimentació ideal i una experiència de connexió entre tots dos especial, que les mares apreciaran. L'objectiu del treball és crear un programa d'educació per la salut en la lactància materna per oferir uns millors coneixements tant a les mares participants del programa com als professionals. I l'objectiu d'aquest programa és que en el pròxim any s'augmentarà un 20 % la lactància materna, respecte les dones que donen el pit després dels 6 mesos de vida dels seus fills, sent al 2012 un 46,9 %. Aquest programa es portarà a terme en el Hospital Universitari Arnau de Vilanova i als Centres d'Atenció Primària Onze de Setembre i de Balafia. Segons altres programes ja aplicats existeix evidència de que l'educació sanitària per part d'infermeria és eficaç i eficient.

Paraules clau: lactància materna, educació per la salut, infermeria i alletament.

Resumen

La lactancia materna (LM) es la mejor forma de alimentación de los niños en las primeras etapas de su vida. La leche materna es reconocida como la nutrición ideal para el primer año de vida de los bebés, con comida complementaria añadida a los seis meses de nacer. Esta puede ser una experiencia maravillosa para la madre y el hijo, proporciona una alimentación ideal y una experiencia de conexión entre ambos especial, que las madres apreciarán. El objetivo del trabajo es crear un programa de educación para la salud en la lactancia materna para ofrecer unos mejores conocimientos tanto a las madres participantes del programa como a los profesionales. Y el objetivo de este programa es que en el próximo año se aumentará un 20% la lactancia materna, respecto a las mujeres que dan el pecho después de los 6 meses de vida de sus hijos, siendo el 2012 un 46,9%. Este programa se llevará a cabo en el Hospital Universitari Arnau de Vilanova y en los Centros de Atención Primaria Onze de Setembre y de Balafia. Según otros programas ya aplicados existe evidencia de que la educación sanitaria por parte de enfermería es eficaz y eficiente.

Palabras clave: lactancia materna, educación por la salud, enfermería y lactancia.

Abstract

Breastfeeding is the best way of feeding kids in the first stages of their life. Breast milk is recognized as the ideal nutrition for the first year of baby's life, and with complementary food added at 6 months of life. This can be a wonderful experience for the mother and the kid, which provides an ideal feeding and a special connection for both. The purpose of the work is to create a program of health education in breastfeeding to offer better knowledge for the mothers and the health professionals who will participate. And the purpose of the program is that in the next year breastfeeding will improve a 20 % respect the mothers that breastfeed their kids for 6 month, being a 46,9 % in 2012. This program will be done at the Universitary Hospital Arnau de Vilanova and at the Health centers Onze de Setembre and Balafias's one. According to other programs that have been done, exist evidence that nursing's health education is effective and efficient.

Keywords: breastfeed, health education, nursing and breastfeeding.

Índex

AGRAÏMENTS	I
RESUM	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
LLISTA D'ABREVIATURES	XI
ÍNDEX DE TAULES	XIII
ÍNDEX D'IMATGES	XIV
INTRODUCCIÓ	2
1. MARC TEÒRIC	3
1.1. Alimentació del lactant	3
1.2. Lactància materna	5
1.2.1. Prevalença de la lactància	5
1.2.2. Historia de la lactància	6
1.2.3. Fisiologia de la lactància	8
1.2.4. Beneficis de la lactància materna	9
1.2.4.1. Beneficis en el nadó	9
1.2.4.2. Beneficis materns	11
1.2.5. Contraindicacions de la lactància materna	12
1.2.6. Patologies benignes causants del deslletament	13
1.2.7. Col·locació del nadó al pit	16
1.2.7.1. Una bona agafada	18
1.2.7.2. Postures d'alletament	18
1.2.8. Extracció i conservació de la llet materna	23
1.2.8.1. Extracció de la llet materna	23
1.2.8.1.1. Extracció manual	24
1.2.8.1.2. Extracció mecànica	26
1.2.8.2. Conservació de la llet extreta	28

1.2.9.	Lactància materna de banc	29
1.3.	<i>Lactància amb formula</i>	31
1.3.1.	Raons mèdiques acceptables per l'ús de llets amb formula	33
1.3.2.	Tipus de llets amb formula	34
1.3.3.	Preparació de la llet	37
1.3.4.	Biberons i tetines	39
1.3.5.	Forma correcta de donar el biberó	41
1.3.6.	Quantitat que s'ha de donar	41
1.3.7.	Quan s'ha de donar	42
1.4.	<i>Educació per la salut</i>	43
1.4.1.	Rol d'infermeria en l'EpS	44
1.4.2.	Treball i dinàmiques en grup	45
1.4.3.	Models de programes d'EpS	47
1.4.3.1.	Model Salutogénic	47
1.4.3.2.	Model del programa d'intervenció: PRECEDE-PROCEED	48
1.4.3.3.	Model de Planificació	48
1.4.4.	<i>Programes d'EpS en la lactància</i>	49
2.	JUSTIFICACIÓ	51
	OBJECTIUS	54
	MÈTODES	56
1.	ESTRATÈGIA DE CERCA	56
1.1.	<i>Criteris d'inclusió</i>	57
1.2.	<i>Criteris d'exclusió</i>	57
2.	DISSENY DE LA INTERVENCIÓ	58
2.1.	<i>Tipus d'estudi</i>	58
2.2.	<i>Població diana</i>	58
2.2.1.	Criteris d'inclusió estipulats per la població participant en el programa	58
2.2.2.	Criteris d'exclusió estipulats per la població participant en el programa	59

PROGRAMA D'EDUCACIÓ PER A LA SALUT EN LA LACTÀNCIA MATERNA: "EL MILLOR DE TU, EN EL MILLOR DELS ENVASOS"	62
1. MÈTODES DE LA INTERVENCIÓ	62
1.1. Consideracions ètiques	62
2. CREACIÓ DE PROGRAMA	63
<i>Etapa 1. Anàlisi de la situació</i>	63
<i>Etapa 2. Identificació de necessitats i problemes de salut</i>	66
<i>Etapa 3. Establir prioritats</i>	68
<i>Etapa 4. Formular metes i objectius</i>	69
<i>Etapa 5. Determinar activitats i recursos</i>	71
1ª Part Presentació del taller de lactància materna als professionals sanitaris	71
2ª Part Presentació del taller de lactància materna a les mares	74
3ª Part Comprovació del seguiment de la lactància materna	81
Pressupost del programa	82
<i>Etapa 6. Implementació</i>	85
<i>Etapa 7 i 8. Avaluació i seguiment de la intervenció</i>	87
CONCLUSIONS	90
BIBLIOGRAFIA	94
ANNEXOS	100
ANNEX 1 – CONSENTIMENT INFORMAT PER L'ANÀLISI DE LA SITUACIÓ	100
ANNEX 2 – CONSENTIMENT INFORMAT	102
ANNEX 3 – DOCUMENT PER SOL·LICITAR PERMÍS AL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA PER REALITZAR LA INTERVENCIÓ	105
ANNEX 4 – ENQUESTA A LES MARES	106
ANNEX 5 – ENTREVISTA ALS PROFESSIONALS	108
ANNEX 6 – MANUAL THINKING	110
ANNEX 7 – ENQUESTA DE SATISFACCIÓ DELS PROFESSIONALS	112
ANNEX 8 – AUTOAVALUACIÓ DE LES MARES	114

ANNEX 9 – FULLETÓ DELS BENEFICIS DE LA LM.....	115
ANNEX 10 – DÍPTIC DE LES MALALTIES BENIGNES I COM COMBATRE-LES	116
ANNEX 11 – TRÍPTIC DE LES POSTURES I LA CORRECTA AGAFADA DE LA LM.....	118
ANNEX 12 - DÍPTIC AMB LES TÈCNIQUES D'EXTRACCIÓ, CONSERVACIÓ I PREPARACIÓ DE LA LLET MATERNA EXTRETA I COM S'HA DE DONAR EL BIBERÓ	120

Llista d'abreviatures

a.C.	Abans de Crist
AEBLH	Asociación Española de Bancos de Leche Humana
AFASS	Acceptable, factible, assequible, sostenible i segura
AGPI	Àcids Grassos Poliinsaturats
APLV	Al·lèrgia a la Proteïna de la Llet de Vaca
APP	American Academy of Pediatrics
AMA	American Medical Association
CAP	Centre d'Atenció Primària
EpS	Educació per la Salut
ECN	Enterocolitis Necrotitzant
EMBA	European Milk Bank Association
ENS	Enquestes Nacionals de Salut
EpS	Educació per la Salut
HTA	Hipertensió arterial
IPLV	Intolerància a les Proteïnes de Llet de Vaca
LM	Lactància Materna
LMD	Llet materna donada
LME	Lactància Materna Exclusiva
MII	Malaltia inflamatòria intestinal

OMS	Organització Mundial de la Salut
SMSL	Síndrome de mort sobtada del lactant
UNICEF	Fons de Nacions Unides per a la Infància
VIH	Virus de la Immunodeficiència Humana

Índex de taules

TAULA 1. PREPARACIÓ DE LA LLET.	38
TAULA 2. CRITERIS D'INCLUSIÓ DELS PORFESSIONALS I LES MARES.....	59
TAULA 3. CRITERIS D'EXCLUSIÓ DELS PORFESSIONALS I LES MARES	59
TAULA 4. ELEMENTS PER L'ESTUDI PREVI A L'ANÀLISI DE LA SIUTACIÓ DE LA SALUT.	65
TAULA 5. FULL D'INGRESSOS I DESPESES.....	82
TAULA 6. SESSIONS DELS PROFESSIONALS.....	83
TAULA 7. SESSIONS DE LES MARES.....	84
TAULA 8. CRONOGRAMA DEL PROGRAMA.	86

Índex d'imatges

IMATGE 1. SUBJECCIÓ EN "C".....	17
IMATGE 2. SUBJECCIÓ EN "SANDWICH".....	17
IMATGE 3. AGAFADA AL PIT.....	18
IMATGE 4. POSICIÓ DE CRIANÇA BIOLÓGICA.....	19
IMATGE 5. POSICIÓ ASSEGUDA O DE BRESSOL.....	20
IMATGE 6. POSICIÓ AGITADA DE COSTAT.....	20
IMATGE 7. POSICIÓ INVERTIDA O PILOTA DE RUGBY.....	21
IMATGE 8. POSICIÓ DE CAVALLET O "DANCER".....	22
IMATGE 9. POSICIÓ DE BRESSOL-CREUAT.....	22
IMATGE 10. FER MASATGE AL PIT.....	23
IMATGE 11. FREGAR EL PIT.....	24
IMATGE 12. SACSEJAR TOTS DOS PITS.....	24
IMATGE 13. FER MASSATGES ALS PITS EN CADA UNA DE LES MAN.....	24
IMATGE 14. POSICIONS COM AGAFAR L'AUREOLA.....	25
IMATGE 15. EXTRACCIÓ MANUAL DE LLET.....	25
IMATGE 16. NO S'HA DE FER.....	25
IMATGE 17. MAPA MANUAL THINKING.....	110
IMATGE 18. ETIQUETES VERDES, GROGUES, BLAVES I VERMELLES.....	110
IMATGE 19. ETIQUETES GRANS.....	111

INTRODUCCIÓ

Introducció

El meu treball de fi de grau tracta de la lactància materna (LM) com a la millor forma d'alimentar als nadons després del part. Per això faig una proposta d'un programa d'Educació per la Salut (EpS) per la lactància materna, enfocat a l'adquisició de nous coneixements en aspectes importants en aquest període de alimentació.

La LM és un debat ja que moltes de les mares no disposen de la informació suficient per escollir si alimentar el seu nadó amb LM o amb lactància amb formula. Donat que per a moltes alletar al seu nadó resulta massa difícil o estressant, entre altres motius (1). O bé, moltes mares comencen amb la LM, però a causa de certs problemes deguts a la mala tècnica causada per una mala posició o una mala agafada, o una combinació de tots dos factors, la deixen i continuen amb lactància amb formula (2).

Per aquest motiu, es planteja la necessitat informativa i educativa de les mares de crear el programa, per millorar els coneixements sobre aquesta i a la vegada millorar la seva prevalença en els 6 primers mesos de vida dels nadons, donat que aquest s'ha demostrat que a les 6 setmanes del naixement el 71 % de les mares alleten, passats els 3 mesos el 66,5 % d'aquestes continuen fent-ho i als 6 mesos continuen un 46,9 % (3), pel que es vol que aquest percentatges passats els mesos vagin mantenint-se i no disminuint com passa actualment.

L'objectiu general del treball és la creació d'un programa d'EpS en la lactància materna que oferirà uns millors coneixements tant a les mares participants com als professionals. Definint el contingut del programa en base a una cerca bibliogràfica, l'observació, entrevistes als professionals i enquestes a les mares.

1. Marc teòric

1.1. Alimentació del lactant

El lactant és el nen que s'alimenta bàsicament de llet, aquest període va des del naixement fins als 12 mesos (4). Segons el Comitè de Nutrició de la Acadèmia Americana (1982) hi ha tres períodes de la alimentació del nen, aquests són (5):

- Període de lactància, que conté els sis primers mesos de vida. En aquest període l'alimentació és exclusivament lactància, tant materna com, pel seu defecte, artificial.
- Període transicional: va fins l'any de vida. On s'inicia la introducció d'aliments diferents a la llet.
- Període d'adult modificat: inclou l'edat preescolar i escolar fins als 7-8 anys. Període en el qual el nen va adoptant una alimentació més semblant a l'adult.

L'alimentació del lactant i del nen petit és fonamental per millorar la supervivència infantil i fomentar un creixement i desenvolupament saludables. El període que inclou els dos primers anys de vida és el més important, donat que la nutrició òptima durant aquest període redueix la morbiditat i la mortalitat, així com el risc de malalties cròniques i millora del desenvolupament general (4).

Escollir entre l'alimentació amb lactància materna o amb lactància de formula del seu nadó és una gran decisió, la qual els nous pares hauran de realitzar. Moltes organitzacions de salut, com la *American Academy of Pediatrics* (AAP), la *American Medical Association* (AMA) i l'Organització Mundial de la Salut (OMS), recomanen la lactància al pit com la millor elecció per al nadó. La lactància materna ajuda davant les infeccions, , prevenir al·lèrgies i protegir davant de bastantes condicions cròniques (6).

Per norma general, la llet materna és la que s'aconsella i es recomana en recent nascuts i el lactant sa durant els sis primers mesos de vida de forma exclusiva (4,6). Més enllà d'això, es fomenta l'alletament fins almenys 12 mesos, i més si la mare i el bebè estan disposats.

Els experts creuen que la llet materna és la millor opció nutricional per als nadons, però l'alletament al pit no pot ser possible en tots els casos. Per a molts, l'elecció entre donar el pit o la lactància de formula està basada en el nivell de confort, l'estil de vida o les situacions específiques de salut (6).

Per a les mares que no poden alletar o decideixen que no ho faran, la llet de formula és una alternativa saludable. Aquesta proporciona als nadons els nutrients que ells necessiten per créixer (6).

Una de les preocupacions de les mares per no donar el pit és que no aconseguiran el vincle amb el seu fill. Però la veritat és, que les mares que estimen sempre crearan un vincle especial amb el nen. L'alimentació d'aquest, no importa com sigui, és un bon moment per enfortir el vincle (6).

La decisió d'escollir entre alletar o donar llet de formula és personal. Sospesar els pros i els contres de cada mètode podrà ajudar a decidir què és el millor per la mare i el nadó (6).

1.2. Lactància materna

La lactància materna (LM) és la millor forma d'alimentació dels nens en les primeres etapes de la seva vida, en la que es presenten innumerables avantatges a curt i llarg termini per a la salut física i emocional tant del lactant com de la mare (7–9).

L'alletament pot ser una experiència meravellosa per a la mare i el fill, aquest proporciona una alimentació ideal i una experiència de connexió entre tots dos especial, que les mares apreciarien (6). Tot i que, com ja s'ha comentat, això no implica que si es duu a terme la llet de fórmula per l'alimentació del nadó no es pugui crear aquest vincle i connexió.

La llet materna és reconeguda com la nutrició ideal per al primer any de vida dels nadons, amb menjar complementari afegit als sis mesos de néixer (10,11). També es pot seguir amb aquesta fins als dos anys o fins que la mare i el nen vulguin com a complement de la dieta (7). La superioritat d'aquesta sobre qualsevol aliment fa que sigui recomanada i aconsellada per l'alimentació del recent nascut durant almenys els 6 primers mesos de vida (4).

La iniciació precoç de la LM és important per reduir la mortalitat neonatal i infantil (9). Aquesta aportarà nutrients, anticossos i substàncies biològicament actives que afavoreixen el creixement i el desenvolupament immunològic del lactant, al mateix temps que s'ha demostrat que disminueix el risc de patir malalties agudes i cròniques i afavoreix el desenvolupament cognitiu durant la infància, perllongant-se aquests beneficis a l'edat adulta (4,7).

1.2.1. Prevalença de la lactància

A Espanya no hi ha un sistema oficial de monitorització i seguiment de la lactància adequat. Les dades existents fins al moment procedeixen majoritàriament d'enquestes realitzades per professionals sanitaris a nivell regional i de forma puntual, el que no permet una correcta valoració nacional ni un seguiment temporal. Les dades que es tenen a nivell estatal són extretes de les Enquestes Nacionals de Salut (ENS) que, des de l'any 1995, inclouen preguntes referents a la lactància. Amb elles recullen dades de prevalença de la LM per mesos, però no s'utilitzen ni els indicadors ni la metodologia recomanats per la OMS el que dificulta la comparació amb altres països. Tenint en compte aquestes limitacions, segons les dades extretes de les ENS, la taxa de LM a Espanya a les 6 setmanes s'ha mantingut bastant estable en xifres globals al voltant del 71% mentre que s'observa, en els últims 15 anys, un

augment progressiu de les xifres de LM als 3 (66,5% l'any 2012) i 6 mesos de vida (46,9%). Tant en l'última ENS com en una enquesta sobre hàbits de lactància a Espanya es recull una duració mitjana de la LM de 6 mesos. Per un altre costat, el percentatge de Lactància Materna Exclusiva (LME) als 6 mesos l'any 2012 es situava al voltant del 28,5% xifres similars a les globals europees, però allunyades de les recomanacions de la OMS- Fons de Nacions Unides per a la Infància (UNICEF) (3).

1.2.2. Història de la lactància

La llet materna ha sigut durant tota l'existència de l'ésser humà l'únic aliment que el recent nascut i el petit lactant podien rebre per sobreviure. Per tant, des de l'aparició de l'home a la terra no s'ha concebut altre tipus d'aliment per la primera etapa de la vida humana. La lactància materna com a procés biològic és una activitat cultural, que afectarà a les dones depenent de les seves creences, la classe social, la ètnia, la regió on visqui i l'accés que hagi tingut a l'educació (12).

Les dides són personatges importants ja que alletaven als fills de aquelles mares, en general d'una classe social més alta, que no volien proporcionar LM pel desgast que aquesta produïa, el qual, amb el temps es va anar convertint en una feina remunerat (12).

En l'antiga Babilònia, es suggeria l'al·letament fins una edat avançada, aproximadament fins als 3 anys. Hi ha referències molt antigues del sistema d'ames de cria en dos codis babilònics de les cultures paleo-semítiques de l'antiga Mesopotàmia: una de les Lleis de Ešnunna (final del segle XIX a.C.) estipula el pagament a causa de la dida, i el Codi de Hammurapi, trenta anys posterior al anterior, conté una disposició sobre les dides (12–14).

A Egipte, l'al·letament es perllongava també fins als 3 primers anys de vida dels nens. La llet materna era l'aliment imprescindible, i garantia una vida familiar. Aquesta, a Egipte va reafirmar i va consolidar vincles afectius entre la mare i el fill. La designació de la dida que regia a l'Egipte faraònic va ajudar a encimbellar i a recolzar el rang social de la dona, sent la dida del futur faraó, l'esglaiat màxim (13,14). L'al·letament entre els grecs era considerat una pràctica fonamental.

A Esparta, sols podien ascendir al tro, aquells fills del rei que haguessin estat alletats per la seva mare (12–14).

L'alletament entre els grecs era considerat una pràctica fonamental. No obstant, les dides eren molt comuns en a Grècia antiga. Aristòtil es va interessar per la lactància i descriu mètodes per determinar si la llet de la dona és apta per al nounat, arribant a la conclusió de que el calostre no ha de ser consumit per aquest (12–14).

La majoria de dones nobles de l'Imperi Roma recorrien a dides per alletar els seus fills. Sorano d'Efeso, considerat el pare de la ginecologia, descriu minuciosament les condicions d'elecció d'una bona dida (12–14).

Existeixen documents de la Edat Mitjana que demostren el valor de l'alimentació amb llet materna, incloent-la com a mètode per millorar la supervivència dels nens. Es considerava impur mantenir relacions sexuals amb una mare lactant, donat que es pensava que els semen podia contaminar la llet (12–14).

A la França del segle XII al XIX les dones de classe mitjana i alta no alletaven els seus fills, fent-ho per mitjà de dides, llet de diversos animals i preparats de cereals, el que es pot començar a considerar com a la introducció de la lactància artificial (12,13).

La lactància mercenària es va estendre de tal forma durant el Renaixement a Europa que la majoria de dones de classes baixes alletaven a més d'un nen a la vegada (12,13).

Amb l'arribada de l'era industrial i després de la incorporació de la dona al mercat laboral, la lactància exclusiva es va tornar difícil. A mitjans del segle XIX, es va iniciar la recerca d'un substitut de la llet materna per reemplaçar la dida. La major part de les solucions eren a base d'aigua, sucre i llet de vaca. Els químics i comerciants van entrar al camp de l'alimentació infantil, que fins llavors sols era una qüestió exclusiva dels metges (12,13).

La LM va córrer la mateixa sort que l'alimentació i la cuina elaborada. En un món femení inundat d'altres ocupacions i sense un control i política que regulés i afavoreixi l'alletament, els suplementes làctics anaven instal·lant-se en les societats modernes, fins i tot sent vistos com "millors" que la LM (12,13).

A partir del segle XX hi ha un renovat moviment per la lactància materna, motivat per les altes taxes de morbiditat i mortalitat. La desnutrició, el sobrepès i la mala nutrició atacaven a la població sencera. En aquest context es destaca com una solució a curt i llarg termini (12,13).

Al 1979 es porta a terme una reunió OMS-UNICEF per discutir sobre les pràctiques d'alimentació infantil. Es va elaborar una declaració conjunta titulada "La Lactància Materna al decenni 1990", una iniciativa a nivell mundial de la qual el component fonamental eren els "Deu passos a favor de la Lactància Materna". A més, es crea la necessitat d'un codi que reglamentava la comercialització dels sucedanis de la llet materna (12,13).

1.2.3. Fisiologia de la lactància

La fisiologia de la glàndula mamària i de la lactància comprèn 3 processos funcionals diferents (15):

- **Mamogènesis:** és el creixement de la glàndula mamària.
- **Galactogènesis,** producció o síntesis de la llet: és el procés mitjançant el qual les cèl·lules epitelials dels alvèols de la glàndula mamària sintetitzen els constituents de la llet i els entreguen al lumen alveolar.
- **Galactopoesis** o manteniment de la producció de llet: és el procés que manté la producció de llet una vegada establerta la lactància.

En aquest procés fisiològic es distingeixen 4 etapes (15):

- **Etapa prepuberal:** durant aquest període les vesícules mamàries es transformen en conductes, per creixement longitudinal i ramificació, sense que sigui possible reconèixer alvèols.
- **Etapa puberal i adolescència:** en la nena entre els 10 i 12 anys, s'inicia el funcionament de l'eix endocrí hipotàlem-hipòfisi-ovari. Els fol·licles ovàrics inicien la secreció de l'hormona del creixement i d'insulina, determinen l'inici del creixement i la maduració de la glàndula mamària.

Amb el començament dels cicles ovàrics on s'inicia la producció cíclica de progesterona, que sumant-se als estrògens determina un nou creixement de la glàndula.

- **Etapa gestacional:** a l'iniciar-se l'embaràs, la glàndula mamària es prepara per complir la seva funció primordial, la secreció de llet.

En el període inicial hi ha una gran proliferació dels elements epitelials i del sistema de conductes. Entre la 5^a i 8^a setmana s'aprecien canvis visibles a les mames.

Al final del primer trimestre augmenta el flux sanguini per dilatació dels vasos i neoformació de capil·lars.

Després de les 20 setmanes de gestació, s'atura la proliferació i les cèl·lules inicien la seva activitat secretora, que anirà amb augment fins a la fi de l'embaràs. Prop del final de l'embaràs, els alvèols mostren al seu interior una substància composta per cèl·lules epitelials i leucòcits (pre-calostre).

Fins al moment del part, la producció del grans volums de llet està inhibida per antagonisme dels esteroides placentaris (progesterona).

- **Etapla post gestacional:** després del part, al eliminar-se la placenta, baixa bruscament el nivell de progesterona a la sang de la mare i es suprimeix l'acció inhibidora que aquesta hormona té sobre la síntesi de la llet. El calostre omple el pit durant les primeres 30 hores després del naixement. Entre les 30 i 40 hores de postpart hi ha un ràpid canvi en la composició de la llet degut al augment de la síntesi de la lactosa.

1.2.4. Beneficis de la lactància materna

Segons s'ha vist, la lactància materna incrementa els resultats en la salut materna i del nadó en el món industrialitzat i en desenvolupament (10).

1.2.4.1. Beneficis en el nadó

Per començar, els beneficis que la lactància materna té en la salut del nadó són importants. Tradicionalment, s'ha tingut en compte la importància d'aquesta pel que fa al la protecció contra les malalties infeccioses o la desnutrició, que eren causades per els substituïts a aquesta. S'ha demostrat que la LM protegeix contra un ampli espectre d'efectes adversos per a la salut més enllà de les perspectives tradicionals (16).

Alguns dels beneficis més destacats són els següents:

- **Infeccions del tracte respiratori i otitis mitjana:** el risc d'hospitalització per infeccions del tracte respiratori inferior durant el primer any de vida es redueix un 72 % en nens alimentats exclusivament amb LM durant 4 mesos. En el cas de la otitis mitjana amb una alimentació exclusiva amb LM durant més de 3 mesos redueix el risc fins al 50 %. Els refredats greus i les infeccions de orel·la i gola seran reduïts en un 63 % en nadons que seran exclusivament alimentats amb LM durant sis mesos (6,10,17,18).

- **Infeccions del tracte gastrointestinal:** la LM es associada a una reducció del 64 % en la incidència de les infeccions del tracte gastrointestinal inespecífiques, aquest efecte durarà fins a dos mesos després de la finalització de LM (6,10).
- **Enterocolitis necrotitzant (ECN):** en els nadons prematurs, la llet materna esta associada a una reducció significativa del 58 % en la incidència d'aquesta malaltia (10).
- **Síndrome de mort sobtada del lactant (SMSL) i la mortalitat infantil:** la LM està associada a 36 % de risc reduït sobre el SMSL. Una proporció del 21 % de la mortalitat infantil als Estats Units s'ha atribuït a l'augment de la taxa de SMSL en recent nascuts que mai van donar el pit (6,8,10).
- **Malalties al·lèrgiques:** hi ha un efecte protector de la LM durant 3 o 4 mesos per reduir la incidència d'asma clínic, dermatitis atòpica i èczema del 27 % en la població de baix risc i més del 42 % en nadons amb antecedents familiars positius (10,19).
- **Malaltia celíaca:** en aquest cas, hi ha una associació entre l'augment de la durada de la lactància materna i el risc reduït de malaltia celíaca. El factor de protecció sembla no ser el moment de l'exposició al gluten, sinó el solapament entre la LM i l'inici de la ingesta de gluten. Per tant, els aliments que contenen gluten s'han d'iniciar en el moment en que el nadó només rep llet materna, pel que hi haurà una reducció del 52 % de risc en desenvolupar una malaltia celíaca (6,10).
- **Malaltia inflammatòria intestinal (MII):** la LM s'associa a una reducció del 31% del risc de MII. Hi ha la hipòtesi que l'efecte protector es deriva de la interacció de l'efecte immunomodulador de la llet i la susceptibilitat genètica subjacent del nadó (10).
- **Obesitat:** donat que les taxes d'obesitat significativament més baixes en els recent nascuts alletats, les campanyes per prevenir l'obesitat comencen amb el suport de la LM. Tot i que els factors complexos confonen estudis d'obesitat, hi ha una reducció del 15 % al 30 % en les taxes d'adolescents i adults si van ser alletats amb comparació amb els que no ho van ser (6,8,10,20).
- **Diabetis:** una reducció de més del 30 % en la incidència de diabetis tipus 1 ha estat produïda en els recent nascuts que són alletats exclusivament amb LM almenys 3 mesos, i així evitant l'exposició a la proteïna de la llet de vaca. I una reducció del 40 % en la incidència de la diabetis tipus 2 ha estat produïda, possiblement reflectint els

efectes positius a llarg terme en el control de pes i l'alimentació d'autoregulació (6,8,10,20).

- **Leucèmia i limfoma infantil:** hi ha una reducció en la leucèmia que està relacionada amb la duració de la LM. Una reducció del 20 % en el risc de la leucèmia limfàtica aguda i el 15% en el risc de la leucèmia mieloide aguda en nadons alletats durant 6 mesos o més. Aquesta durant menys de 6 mesos és protectora però de menys magnitud (8,10).
- **Resultats en el desenvolupament neurològic:** han estat produïdes diferències conseqüents en el desenllaç del desenvolupament neurològic entre nadons alimentats amb LM i nadons alimentats amb llets de fórmula, però els resultats són confusos per l'educació paterna, la intel·ligència, l'entorn familiar i el nivell socioeconòmic. Una àmplia prova aleatòria en la promoció de la LM ha proporcionat evidència que els resultats de les proves d'intel·ligència i les puntuacions dels professors són significativament majors en nens alletats. En els recent nascuts prematurs s'observen efectes significativament positius de la LM en el desenvolupaments neurològic a llarg termini, aquests estan en més risc de resultats adversos en el desenvolupament neurològic (10).
- **En nadons preterme:** hi ha diversos efectes significatius beneficiosos a curt i llarg terme de la LM en els nadons preterme. Els potents beneficis de la LM són molt importants pel fet que tots els nadons preterme haurien de rebre LM. La llet de les mares, fresca o congelada, hauria de ser la dieta primària, i hauria de ser fortificada apropiadament en els casos necessaris. En el cas que la llet de la mare no estigui disponible la llet materna de banc hauria de ser la utilitzada (10).

1.2.4.2. Beneficis materns

D'altra banda, en el cas de les mares que alleten s'acumulen tant beneficis a curt com a llarg termini. En primer moment, aquestes mares tenen una disminució del sagnat post part i una involució del úter més ràpid (10). La LM continua conduïx a un augment d'espai en la amenorrea de la lactància (8,10,21). S'ha observat un augment de la depressió post part en mares que no alleten o que deslleten de forma precoç (10,21).

Estudis realitzats sobre l'efecte que té la LM en el retorn al pes que tenien abans de l'embaràs no són concloents, tenint en compte la gran quantitat de factors de confusió sobre la pèrdua de pes, com la dieta, l'activitat, IMC basal i l'ètnia (8,10,21).

En les mares sense antecedents de diabetis gestacional, la durada de la LM s'associa amb una disminució del risc de diabetis mellitus tipus 2. No s'observa cap efecte beneficiós en la LM en mares que van ser diagnosticades de diabetis gestacional (8,10,21).

En un estudi longitudinal es va notar una relació inversa entre la durada de la LM i el desenvolupament de l'artritis reumatoide (10). Les dones amb una història de lactància acumulada de 12 a 23 mesos van tenir una reducció significativa en la hipertensió arterial (HTA), hiperlipidèmia, malaltia cardiovascular i diabetis (10).

L'experiència acumulativa de la LM també és correlaciona amb la reducció de càncer de mama i ovari. La durada acumulada de la lactància materna de més de 12 mesos s'associa amb una disminució del 28 % del càncer de mama i d'ovari. Cada any de LM s'ha calcula que causa una reducció del 4,3 % del càncer de mama (8,10,21).

1.2.5. Contraindicacions de la lactància materna

En nombroses ocasions la LM és interrompuda per motius no justificats. A la pràctica són molt poques situacions que la contraindiquen. Entre aquestes s'inclouen els nadons amb galactosèmia, malabsorció congènita de glucosa-galactosa i deficiència primària de lactasa. La infecció materna pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) no constitueix una contraindicació per la LM en països desenvolupats en els que es disposa de mitjans adequats per l'alimentació amb sucedanis (10,22).

Tampoc han d'alletar als recent nascuts les mares que estan infectades pel virus de la leucèmia humana de cèl·lules T, ja que s'ha demostrat que, com el VIH, la seva transmissió es a través de la LM. Altres situacions relacionades amb malalties maternes o del nadó requereixen una valoració individualitzada. Respecte això, s'ha de senyalar que la LM no està contraindicada en els nadons de mares amb hepatitis A, B o C, ja que en les dos primeres s'ha d'indicar la profilaxis adequada per evitar la transmissió de la infecció (10,22).

Tenint en compte els possibles fàrmacs que la mare es pot prendre durant la LM, els beneficis superen el risc d'exposició a la majoria d'agents terapèutics a través d'aquesta.

Encara que la majoria dels fàrmacs i els agents terapèutics no suposen un risc per la mare o el nadó, és necessari tenir en compte la relació entre el risc i el benefici individual per a determinants agents, especialment aquells que es concentren en la llet materna o que generen exposicions al recent nascut que poden ser clínicament significatius sobre la base de la dosi familiar relativa o concentracions sèriques detectades (23).

1.2.6. Patologies benignes causants del deslletament

En diferents ocasions, hi ha patologies benignes de la mama que poden ser la causa del deslletament precoç i no desitjat. Aquestes poden ser una de les següents (24):

- **Dolor a l'inici de la succió:** a l'inici de la succió, els primers dies, el dolor es relativament freqüent, ja que es deu a la succió en buit de conductes, a la congestió vascular de la zona i a la compressió brusca de un mugró en erecció. Desapareix en pocs dies i no ha de fer dolor sinó que la succió ha de ser agradable.
És important observar i valorar si es tracta de dolor "fisiològic" i transitori per tranquil·litzar a la mare, o si es tracta d'una altra causa com una mala posició al pit, la retirada incorrecta del nadó, l'ús de cremes o productes cosmètics que irriten, la existència de esquerdes,... En aquests casos s'ha de corregir l'error i ensenyar com fer-ho correctament.
- **Esquerdes al mugró:** al començar amb la lactància, és possible que els mugrons estiguin més sensibles. Per a no arribar a produir-se esquerdes es convenient transmetre:
 - La importància de que els mugrons estiguin secs, no rentar-se entre les preses, munyir un poc de llet sobre els mugrons i deixar-los assecar a l'aire o fins i tot amb aire del assecador durant uns segons.
 - Evitar pomades, excepte alguna raó que estigui indicada. No s'ha demostrat la eficàcia de cremes ni de mugroneres de cera.
 - No s'ha de limitar el temps de succió.La millor prevenció de les esquerdes es que la postura de la mare i del nadó sigui correcta, que la seva boca compregui la major part de l'aurèola i deixar que es sequi amb la llet pròpia.

- **Ingurgitació mamària:** l'acumulació de llet i l'augment del flux sanguini és el que provoca que els pits estiguin inflats i durs.

La clínica varia:

- Dolor al mugar (sovint el dolor és el resultat d'una posició incorrecta o un agafament inadequat).
 - Molèsties a l'inici de cada presa, quan el recent nascut s'agafa al pit.
 - El dolor que persisteix durant o després de la presa, o entre preses, ha de ser avaluat i considerat altres causes, com infeccions bacterianes o per fongs.
- **Congestió mamària:** passa entre el tercer i el cinquè dia després del part. La inflamació disminueix amb l'al·letament precoç, freqüent i a demanda. Per assegurar un bon buidament, cal donar-li de pit amb més freqüència, es pot utilitzar el tirallet per accelerar l'estímul de "pujada de la llet".

El calor local humit, abans de les preses, facilita la sortida de la llet. Pot aplicar-se d'aigua calenta, inclús abans de la presa pot ser útil buidar un poc el pit manualment. El tractament ha d'enfocar-se a les mesures per reduir la inflamació, com el buidat mamari amb tirallet, posant el nadó al pit molt freqüentment, antiinflamatoris i/o analgèsics per al dolor. Si es possible s'evitarà l'ús de mugroneres i donar suplementes làctics.

- **Obstrucció d'un conducte (galactocèle):** la majoria de les vegades passa per infecció de llet retinguda, per això és important que no es quedi la mama congestionada en cada presa. El tractament consisteix en l'avaluació de la llet retinguda, per tant és important no interrompre la lactància. També és convenient canviar la posició d'al·letament, el nadó "muny" amb el moviment de la seva mandíbula, d'aquesta forma es dirigirà el maxil·lar inferior del nadó cap a la zona inflamada. Es pot recomanar antiinflamatoris i/o analgèsics.
- **Mastitis:** quan la infecció local (galactocèle) es generalitza es produeix la mastitis. Aquesta es manifesta amb dolor, calor i envermelliment del pit. Pot donar febre i malestar general amb nàusees i vòmits.
Des del punt de vista mèdic, la mastitis constitueix la principal causa de deslletament precoç. Poden produir-se en qualsevol moment de la lactància, encara que el 75-95 % passen en les primers 12 setmanes.

Els principis del tractament de la mastitis són assessorament de suport a la mare, buidament eficaç de la llet, tractament antibiòtic i tractament simptomàtic.

És important no interrompre la lactància ja que agreujaria el problema. S'haurà de realitzar un anàlisi microbiològic de la llet de qualsevol mare lactant que refereixi dolor al pit injustificat, esquerdes i/o mastitis recurrents.

- **Dermatitis de la mama:** Encara que són infreqüents, les associades a la LM són:
 - **Impetigen:** és una infecció superficial de la capa epidèrmica causada per *estreptococ del grup A betahemolític* i el *estafilococ aureus*. Generalment existeixen lesions prèvies com èczema, dermatitis de contacte, etc. que es sobreinfecten. S'estén amb el gratat de les lesions i és contagiosa. El tractament és tòpic amb *mupirocina* o *àcid fusidic*. La mare pot extraure's la llet fins que es curin les lesions i després prosseguir amb les preses al pit una vegada solucionat.
 - **Dermatitis vírica per herpes simple o varicel·la:** si presenta lesions actives a l'aurèola o prop, la mare pot extreure's la llet fins que es curin les lesions i després prosseguir amb les preses al pit una vegada resolt.
 - **Dermatitis de contacte:** causada per contacte directe amb algun irritant o al·lergen. El tractament consisteix en evitar la substància irritant i aplicar corticoides tòpics, no contraindica la lactància.
 - **Candidiasis:** causada per diverses varietats de cànida, paràsits de 'fongs', especialment *cànida albicans*. Pot manifestar-se al mugró, aurèola, plec intermamari i submamari. Pot aparèixer en nadons els quals la mare tingui mastitis estafilocòccia.

La pell està envermellida, lleugerament edematosa i pot ser que a la superfície hi ha elements vesículo-pustolosos. És molt típic observar com aquestes àrees estan delimitades per un fi vorell escamós, apareixent lesions satèl·lits, provoca prurit intens i cremor, sense febre.

Tòpicament es pot fer servir *miconazol*, *ketoconazol* o *terbinafina*. Si presenta lesions actives a l'aurèola o prop, la mare pot extreure's la llet fins que es curin les lesions i després prosseguir amb les preses al pit una vegada resolt.

1.2.7. Col·locació del nadó al pit

Molts dels problemes de la lactància són deguts a la mala tècnica d'aquesta, ja sigui per una posició inadequada, una agafada incorrecta o una combinació de tots dos factors (2). Per una col·locació còmoda per facilitar les preses és important trobar una o varies postures que siguin còmodes per tots dos (25).

Per facilitar l'agafada del nadó i el buidatge adequat del pit, s'han de seguir les següents recomanacions (25):

- Col·locar-se lleugerament reclinada cap enrere.
- El nas i la barbeta del nadó han d'estar tots dos en contacte amb el pit.
- El cos del nado ha d'estar amb estret contacte amb el de la mare. És més fàcil si s'està lleugerament reclinada cap enrere.
- El cap i el cos del nadó han d'estar ben alineats (el coll no ha d'estar flexionat ni el cap girat).
- El cap ha d'estar col·locat davant el pit amb el mugró a l'altura del llavi superior-nas. És preferible que es desplaci el nado en lloc d'aproximar el pit a la seva boca.
- És útil l'agafada espontània, que consisteix en col·locar el nado sobre tu, amb el mugró a l'altura del nas i la barbeta recolzada al pit. El nadó tirarà el cap cap enrere per buscar el mugró i obrirà la boca. És normal que es necessitin diferents intents abans d'aconseguir-ho espontàniament, s'ha de donar temps i no precipitar-se a introduir-lo a la seva boca. Sols serà necessari ajudar-lo si es tenen dificultats. En cas que no s'aconsegueixi, pot ser útil l'agafada dirigida.

L'agafada dirigida consisteix en que en el moment en que el nadó obre la boca, la mare l'atreu cap al pit i dirigeix el mugró per sobre de la llengua en direcció al pavelló de l'orella (apuntant cap al paladar tou). Es manté subjecte el pit fins que es confirma que l'agafada es l'adequada.

Hi ha diferents formes de subjectar el pit per realitzar l'agafada dirigida. Aquestes són la de en forma de "C" i la de en forma de "Sandwich". La primera, consisteix en que la mare col·loca el dit gros per darrera de l'aurèola i els quatre dits per baix.



Imatge 1. Subjecció en "C".

Font: Document del Departamento de Salud del Gobierno Vasco (OSTEBA) (25).

L'altra consisteix en que la mare dona forma al pit amb els dits adaptant-lo a la forma de la boca del nadó, i aquesta pot ser tant vertical com horitzontal.



Imatge 2. Subjecció en "Sandwich".

Font: Document del Departamento de Salud del Gobierno Vasco (OSTEBA) (25).

1.2.7.1. Una bona agafada

Per una bona agafada és important que tot el cos del nadó estigui enfrontat a la mare, i que a l'obrir la boca introduueixi gran part de l'aurèola, especialment per la part inferior (on té la barbeta) per a que al moure activament la llengua no lesioni el mugró. Els signes que ens indicaran una bona agafada són: que la barbeta del nadó toqui el pit, que la boca estigui ben oberta, el llavi inferior cap enfora (evertit) i les galtes estiguin redones o aplanades (no enfonsades) quan succiona. A més es té que veure més aurèola per sobre la boca que per baix. Si el nadó està ben agafat, la lactància no fa mal. El dolor es un signe que, en la majoria dels casos, indica una agafada o una postura incorrecta (2,26).



Imatge 3. Agafada al pit.

Font: Document del Departamento de Salud del Gobierno Vasco (OSTEBA) (25).

1.2.7.2. Postures d'alletament

No existeix una única posició adequada per alletar, l'important és que la mare estigui còmoda, que l'agafada sigui adequada, i que el nadó estigui enfrontat i apegat al cos de la mare. Aquestes són algunes de les postures que poden afavorir l'inici d'una lactància bona i duradora (2):

- **Posició de criança biològica:** la mare es col·locarà reclinada (entre 15 i 65º) cap per amunt i el nadó boca baix, amb estricte contacte pell amb pell amb el cos de la mare. Aquesta postura permet al nadó alliberar-se del seu pes i desenvolupar els reflexes de gatejar i recerca. A més, li assegura el contacte de la seva cara amb el pit. La mare l'ajuda a arribar al pit oferint límits amb els seus braços. Aquesta posició posa en marxa una sèrie de reflexes en tots dos que facilitaran una bona agafada, l'eficiència de la presa i una millor producció de llet.

Aquesta posició és pot realitzar en qualsevol moment, però es especialment adequada durant els primers dies i quan existeix algun problema d'agafada (dolor, esquerdes, rebuig al pit,...) (2,25,26).



Imatge 4. Posició de criança biològica.

Font: Document del Departamento de Salud del Gobierno Vasco (OSTEBA) (25).

- **Posició asseguda o de bressol:** aquesta posició sol ser més còmoda amb l'elevació dels peus en una banqueta, també un poc reclinada, en posició de criança biològica, en cas d'episiotomia, ja que al deixar aquella zona fora de la cadira s'alleugen molt les molèsties.

S'ha de col·locar el nadó amb el tronc enfrontat i enganxat a la mare. D'aquesta forma la mare pot subjectar-lo amb la mà a la seva esquena, recolzant el cap al avantbraç. Amb l'altra mà pot dirigir el pit cap a la boca del nadó i en el moment que estigui oberta aproximar-lo amb suavitat al pit per a que pugui agafar un bon tros d'aurèola. És la posició més utilitzada passats els primers dies, quan la mare ja té més mobilitat i seguretat amb el nadó. No és necessari intentar subjectar les natges del nadó amb la mà del braç que està recolzat, ja que habitualment això força a que el cap del nadó es situï prop del colze, el que pot provocar que el coll es flexioni o no pugui estirar-lo cap enrere resultant-los més difícil agafar-se i empassar amb comoditat (2,25,26).



Imatge 5. posició asseguda o de bressol.

Font: Document del Departamento de Salud del Gobierno Vasco (OSTEBA) (25).

- **Posició agitada de costat:** en aquesta posició, la mare es situa agitada de costat, amb el cap lleugerament elevat (sobre un coixí) amb el nadó també de costat, agitat sobre el llit, amb el cos enfrontat i enganxat al cos de la mare. La mare pot aproximar-lo al pit empenyent-lo per l'esquela, amb suavitat, quan obre la boca, per facilitar l'agafada.

És una posició molt còmoda per les preses nocturnes i els primers dies, encara que sol ser més incòmoda i menys eficaç que la posició de criança biològica (2,25,26).



Imatge 6. Posició agitada de costat.

Font: Document del Departamento de Salud del Gobierno Vasco (OSTEBA) (25).

- **Posició invertida o pilota de rugbi:** en aquesta posició es situa al nadó per sota de la l'aixella de la mare amb les cames cap enrere i el cap a nivell del pit, amb el mugró a l'altura del nas. És una posició molt còmoda per alletar bessons i prematurs. És important donar subjecció al coll i a les espatlles del nadó però no al

cap, que necessita estar amb el coll estirat cap enrere (deflexionat) el que li permet agafar millor el pit i empassar més còmodament (2,25,26).



Imatge 7. Posició invertida o pilota de rugby.

Font: Document del Departamento de Salud del Gobierno Vasco (OSTEBA) (25).

- **Posició de cavallet o “dancer”:** estant la mare asseguda, el nadó es situa assegut sobre una de les cames de la mare amb l’abdomen apegat i recolzat sobre el matern. Aquesta postura pot ajudar en cas d’esquerdes i en nadons amb reflux gastroesofàgic important, prematurs, amb llavi leporí o fissura palatina, mandíbula petita (retromicrognatia) o problemes de hipotonia. En aquests casos pot ser necessari subjectar el pit per sota a la vegada que es subjecta la barbeta del nadó. Es col·loca el nadó assegut a cavallet sobre la cuixa, amb el cap front el pit. Amb una mà es subjecta el nadó pel coll i les espatlles i amb l’altra els subjecta el pit “en safata”, així com la barbeta i la mandíbula del nadó mentre s’alleta. Per això, es subjecta el pit amb la palma de la mà i amb els dits cor, anul·lar i petit. Es deixa que la barbeta reposi al espai entre el dit gros i l’índex, subjectant la mandíbula un poc cap endavant per a que el nadó agafi millor el pit (2,25,26).



Imatge 8. Posició de cavallet o "dancer".

Font: Document del Departamento de Salud del Gobierno Vasco (OSTEBA) (25).

- **Posició de bressol-creuat:** és útil quan es precisa una agafada dirigida per dificultats del nadó per enganxar-se al pit, quan el recent nascut es petit i si s'experimenta dolor en les altres postures. Es subjecta el cos i el cap del nadó amb el braç i la mà contraria al pit que s'ofereix. Es realitza la tècnica Sandwich amb la mà del pit que ofereixes. S'espera a que la boca del nadó estigui ben oberta i s'aproxima el nadó al pit dirigint el mugró per sobre de la llengua en direcció al pavelló de l'orella (25,26).



Imatge 9. Posició de bressol-creuat.

Font: Document del Departamento de Salud del Gobierno Vasco (OSTEBA) (25).

1.2.8. Extracció i conservació de la llet materna

1.2.8.1. Extracció de la llet materna

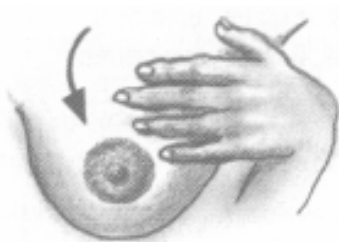
Existeixen molts motius diferents pels que una mare pot necessitar extreure la seva llet del pit, com tenir un nadó prematur que no s'agafa bé al pit, per ajudar una ingurgitació, una obstrucció o una mastitis del pit entre altres. Alhora, la incorporació d'aquesta al treball, sol ser un dels motius més recurrents de l'extracció de llet per seguir tenint producció en quantitat suficient per seguir alimentant al nadó (27).

També s'aconsella l'extracció de la llet els primers dies després del part, quan el recent nascut no s'agafa les vegades suficients per estimular la pujada de la llet (28).

L'extracció de la llet s'ha d'iniciar quan la mare o el nadó no poden alletar-se cada 2 o 3 hores, per evitar que els pits s'omplin de més i per ajudar a que es mantingui la producció de llet. És convenient començar amb l'extracció tant aviat com s'hagi interromput l'horari habitual d'alletament, no s'ha d'esperar a la pujada de llet o a que la mare es senti incomoda (28).

Per estimular la baixada de la llet, tant si s'ha d'extreure de forma manual o mecànica, és necessari primer preparar el pit per facilitar-la, provocant el reflex de baixada o ejecció làctia. Per això es poden seguir els tres passos següents (28):

- Fer massatges: oprimint fermament el pit cap a la caixa toràctica, usant un moviment circular amb els dits en un mateix punt, sense lliscar els dits sobre la pell. Després d'uns segons canviar cap a una altra zona del pit.



*Imatge 10. Fer masatge al pit.
Font: Document de Maternidad Continuum (28)*

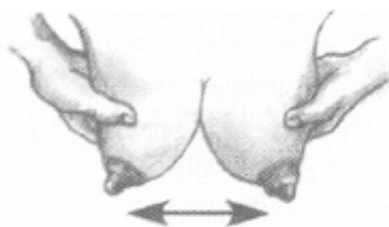
- Fregar el pit amb compte des de la part superior del mugró, de forma que produeixi un pessigolleig. Continuar amb aquest moviment des de la perifèria del pit fins al mugró, per tot el voltant.



Imatge 11. Fregar el pit.

Font: Document de Maternidad Continuum(28).

- Sacsejar tots dos pits suaument inclinant-se cap endavant.



Imatge 12. Sacsejar tots dos pits.

Font: Document de Maternidad Continuum (28).

1.2.8.1.1. Extracció manual

L'extracció manual és més aconsellable quan solament es necessita treure llet de vegades o per alleujar la congestió mamària. És més laboriosa però a moltes mares els resulta més agradable i natural. Soll ser més convenient per l'extracció a casa (28).

La tècnica que és segueix per realitzar-la s'anomena de Marmet i consisteix amb els següents passos (27,28):

- Col·locar el dit gros i els dits índex i mig formant una "C" a uns 3 o 4 cm per darrere del mugró (no ha de coincidir forçosament amb el final de l'aurèola).



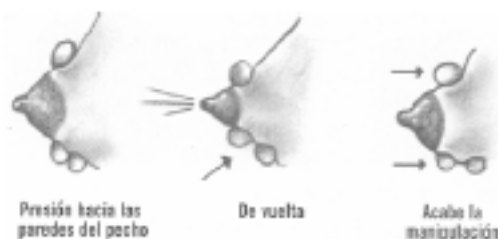
Imatge 13. Fer massatges als pits en cada una de les man.

Font: Document de Maternidad Continuum (28).



*Imatge 14. Posicions com agafar l'aureola.
Font: Document de Maternidad Continuum (28).*

- Evitar que el pit descansi sobre la mà.
- Empènyer els dits cap enrere (cap a les costelles), sense separar-los. Per a pits grans o caiguts, primer aixecar-los i després empènyer amb els dits cap enrere.
- Rodar els dits i el dit gros cap al mugró, amb moviments com de corró (rodar no lliscar).
- Repetir rítmicament per buidar els depòsits.
- Rotar la posició dels dits per buidar altres parts del pit. Utilitzar totes dues mans en cada pit.
- Extreure la llet de cada pit fins que el flux de llet es faci més lent. Provocar el reflex de baixada en tots dos pits. Pot fer-se simultàniament.



*Imatge 15. Extracció manual de llet.
Font: Document de Maternidad Continuum (28).*

- Repetir tot el procediment d'esprémer i provocar el reflex de baixada en tots dos pits, una. O dos vegades més. El flux de llet, generalment, s'alenteix més d'hora la segona i tercera vegades, a mesura que els reservoris es van buidant.
- Evitar estiraments i maniobres de pressió excessiva al pit o mugró.



*Imatge 16. No s'ha de fer.
Font: Document de Maternidad Continuum (28).*

El procediment complet ha de durar entre 20 i 30 minuts. Extreure la llet de cada pit de 5 a 7 minuts, fer massatges, fregar i sacsejar. Extreure novament de cada pit de 3 a 5 minuts, fer massatges, fregar i sacsejar i extreure un cop més de 2 a 3 minuts (28).

1.2.8.1.2. Extracció mecànica

Aquesta és la que s'aconsegueix mitjanant un tirallet. L'èxit de l'extracció mecànica depèn en gran mesura de l'elecció del tirallet. Un bon tirallet ha de drenar el pit i estimular la producció de llet materna (27).

A més no ha de fer mal ni causar cap trauma al pit, ha de ser net i fàcil d'utilitzar, ja que existeix risc de contaminació de la llet. Alhora, l'envàs col·lector de llet, també ha de ser rentat i esterilitzat (27).

Una altra cosa ha tenir en compte a l'hora d'elegir el tirallet, és la possibilitat d'utilitzar el col·lector de llet per guardar la llet materna i inclús per alimentar al nadó directament amb ell, ja que es disminueixen les manipulacions de la llet i la possibilitat de contaminació (27).

Existeixen dos tipus de tirallets, són els elèctrics i els manuals. Dintre dels elèctrics n'hi ha de dobles i individuals (27).

Els tirallets dobles són els que més eficàcia tenen per buidar el pit, encara que també són més grans i aparatosos, a més de ser més cars. Els que s'usen als hospitals solen ser dobles i més eficaços i són ideals en nadons prematurs, hospitalitzats, etc. S'utilitzen en el àmbit hospitalari, però també es poden llogar per ús domiciliari en el cas que es necessiti. També hi ha tirallets dobles domèstics que són més senzills d'aconseguir i més petits, també amb molt bona eficàcia d'extracció. Són l'adaptació domiciliar dels tirallets hospitalaris, segueixen sent més cars. A l'extreure la llet de tots pits al mateix temps, la mare empra menys temps en treure's la llet. A més, aquest tirallets poden recrear la succió que fa el nadó al extreure la llet i imitar els seus cicles de succió (27).

Els tirallets individuals extreuen llet solament d'un pit. Són més petits, pesen menys i són més econòmics, però també tenen menys eficàcia d'extracció de llet, pel que es recomana l'ús per a alletaments ben establerts i que necessiten extreure's la llet de forma ocasional o en el seu lloc de treball (27).

Per fer servir aquest tipus de tirallets s'ha de seguir els següents passos (28):

- Preparar el pit fent servir calor, fent massatges, agitant-los i girant el mugró.
- Posar el control per aspirar al nivell de pressió més baix o mínim.
- Connectar les parts del tirallet i el tub que es connecta a la bomba elèctrica segons les instruccions.
- Col·locar l'embut o la campana del tirallet al pit. Posar el mugró al centre i encendre el tirallet. El mugró es mourà cap endavant i endarrere del embut. Després de que surtin algunes gotes, augmentar poc a poc el nivell d'aspiració que sigui còmoda. Utilitzar el tirallet de 5 a 7 minuts. Fer massatges al altre pit i després utilitzar la bomba de 5 a 7 minuts. Utilitzar el tirallet en cada costat per un total de 10 a 15 minuts.

Els tirallets manuals són similars als elèctrics simples, però requereixen que la mare utilitzi les dos mans i que faci esforços per extreure la llet. Són més barats i molt fàcils de trobar. Pesen poc i són petits, pel que es transporten fàcilment. Al igual que l'anterior, es recomana per l'al·letament establert o extraccions de llet en el lloc de treball de la mare. Requereix certa pràctica d'ús, però una vegada la mare "li agafa el truc" solen funcionar força bé (27).

Per utilitzar aquest tipus de tirallets s'han de seguir els passos següents (28):

- Col·locar l'embut o el vorell amb copa suau sobre el pit, seguint les instruccions.
- Per començar, s'ha d'imitar la "crida a la llet" del nadó, usant traccions curtes i ràpides.
- Una vegada que s'obtingui una mica de llet, s'ha de realitzar aspiracions llargues i uniformes amb el pistó o cilindre. Si s'està utilitzant el tirallet tipus cilíndric, s'ha d'evitar la temptació d'utilitzar massa aspiració, causant malestar. El bombament forçós i dolorós bloquejarà el mecanisme d'alliberació de la llet i pot deixar adolorit el pit. S'ha de mantenir la tracció fins que el flux es pari o sigui més lent, llavors, tornar a aspirar empenyent cap amunt i tirant de nou.
- Alguns tirallets contenen un regulador per aspirar. S'ha de començar amb el nivell més baix i incrementar-lo fins que la llet flueixi lliurement i la mare es senti còmoda.
- S'utilitzarà el tirallet de 5 a 7 minuts d'un costat o fins que el raig de llet o les gotes siguin més lentes. Canviar de pit i utilitzar el tirallet de 5 a 7 minuts. Tornar a cada pit unes quantes vegades més, fins que el flux de llet sigui lent.

- La llet del tirallet s'abocarà a un biberó net o a una bossa d'un sol ús per a llet. Segellar el recipient, posar-li la data i col·locar-lo a la nevera o al congelador.
- Netejar les parts del tirallet amb aigua calenta i sabó, esbandir-les i assecar-les. Una vegada al dia, esterilitzar els biberons i les parts del tirallet bullint-les amb una olla tapada amb aigua durant 10 o 15. Les parts de la bomba també poden esterilitzar-se al rentaplats, sempre i quan la temperatura arribi a 50 graus almenys.
- Les primeres vegades que s'utilitza la bomba, pot ser que sols surtin unes quantes gotes de llet. Això es normal. Utilitzant la bomba cada 3 hores prompte s'obtindrà més i més llet.

1.2.8.2. Conservació de la llet extreta

La llet materna es pot conservar de moltes formes, però existeixen unes recomanacions generals per a totes elles (27):

- Abans de manipular la llet materna cal rentar-se bé les mans amb sabó.
- Els envasos d'emmagatzematge de llet materna han d'estar ben nets i esbandits.
- Congelar el més aviat possible la llet materna si no es va a usar en els pròxims tres dies.
- Congelar-la en petites quantitats (50-100 ml) per a donar-la al nadó sols la que hagi de prendre immediatament.
- Sempre que sigui possible s'utilitzarà llet fresca (no congelada).
- Etiquetar els envasos de la llet congelada amb la data.
- Consumir sempre la llet més vella.
- Una vegada descongelada la llet s'ha remoure bé perquè pot haver-se separat en dos fases.

La llet materna pot refrigerar-se 2 dies o congelar-se 2 mesos a la part més freda del congelador. En un congelador tipus baül, on les temperatures són més fredes i estables, la llet materna pot guardar-se de 6 a 8 mesos. Si es coneix que la llet no s'usarà en els dos dies següents de que s'usi el tirallet, s'ha de congelar en seguida (28).

Per la descongelació de la llet, s'han de seguir els següents consells (28):

- S'ha de descongelar la llet materna sota el raig d'aigua calenta de l'aixeta.

- No bullir ni posar la llet materna al microones, ja que les temperatures altes destrueixen els anticossos.
- Quan la llet es descongela, agitar el biberó suaument per mesclar-la.
- És important, no tornar a congelar la llet que no s'usi.
- Llençar la llet que sobri al biberó després de donar de menjar al nadó.
- Al portar llet materna al hospital, mantenir-la congelada amb gel.
- La llet descongelada ha de refrigerar-se i utilitzar-se en les següents 24 hores.

1.2.9. *Lactància materna de banc*

Històricament, quan no estava disponible la llet de la pròpia mare per l'alimentació del nadó, aquests eren alimentat amb llet materna d'altres dones. Durant el segle XX, les activitats de les dides van ser reemplaçades, en gran mesura, per la introducció i el desenvolupament de bancs de llet humana en gairebé tot el món. Actualment existeixen 165 bancs de llet humana en tota Europa, i el nombre i l'activitat d'aquests bancs està creixent. Els bancs de llet proporcionen llet materna de forma segura, principalment als recent nascuts malalts i prematurs (29).

Quan no hi ha disponibilitat de llet materna de la pròpia mare, el màxims organismes internacionals dedicats a la salut infantil, com l'OMS, l'UNICEF i les societats científiques pediàtriques, recomanen l'alimentació amb llet materna donada (LMD) per altres mares per a nadons molt prematurs o malalts. En molts països, la política sanitària nacional considera la LMD com un eina raonable i efectiva per la promoció de salut infantil (30).

Com a resultat d'un major coneixement de les avantatges de la llet materna, les famílies demanen amb major freqüència la disponibilitat de llet materna per als propis fills si la mare no pot alletar o no té suficient llet per cobrir les necessitats del seu propi fill. *L'European Milk Bank Association* (EMBA) entén i aplaudeix el creixent desig dels pares i cuidadors per proporcionar llet materna en lloc de llet artificial pels seus fills (29).

Aquesta, però també entén que la llet materna, quan es proporcionar a un nadó que no sigui el propi, pot representar alguns riscos per a la salut. Sense el cribratge dels donants i la llet materna, inclús encara que les dones donants s'hagin realitzat prèviament anàlisis de sang, no és possible conèixer el verdader risc al que s'exposen als nadons quan es comparteix llet materna. Als bancs de llet, s'analitza la contaminació bacteriana de la llet

durant la seva recollida i emmagatzematge. Alhora, es realitzen proves diagnòstiques per descartar infeccions bacterianes i virals que podrien ser transmeses a través de la llet materna. A més, es descarten aquelles mares que consumeixen tòxics que contraindiquen la LM o altres substàncies que poden ser perilloses o indesitjables pels nadons que reben la llet. Per últim, en la majoria de bancs de llet del món, es realitza un tractament tèrmic que proporciona seguretat addicional al temps que es preserva la major part dels beneficis biològics (29–31).

Els bancs depenen de la generositat de les mares al donar la seva llet sobrant i l'EMBA encoratja a totes les dones, que tenen llet que desitgen compartir a comunicar-se amb el seu banc més proper per obtenir informació sobre com gestionar i donar la llet de forma segura. Aquesta disponibilitat de llet donada contribueix a la supervivència i el benestar dels nadons prematurs i malalts (29).

Els bancs de llet per si mateixos proporcionen la lactància materna i amb això la salut infantil. La pròpia existència de bancs de llet augmenta el seu valor des del punt de vista social. A més, pot resoldre, de forma transitòria, els problemes d'alimentació del recent nascut fins que la seva mare li pugui donar el pit en el postpart immediat (30,31).

La història dels bancs de llet a Espanya és molt curta. El primer banc de llet es va fundar a Palma de Mallorca el 2001; l'any 2007 es va inaugurar el primer localitzat a la península, a l'Hospital 12 d'Octubre, a Madrid. L'any 2010 es van inaugurar el banc de llet de l'*Hospital Virgen de las Nieves de Granada*, el de l'Hospital de La Fe a València, el MAMA a Barcelona i el banc de llet d'Aragó. El 2008 es va crear l'*Asociación Española de Bancos de Leche Humana* (AEBLH), del qual un dels principals objectius es promoure la creació de bancs de llet a Espanya i facilitar la cooperació entre bancs de llet nacionals i altres bancs de llet europeus (30).

El passat 2013, l'AEBLH va fer una recollida de dades de l'activitat dels bancs de llet en els quals hi va haver 1020 donants, que van donar 3946,9 litres de llet que va ser rebuda per 1154 nadons per tot el territori espanyol, on Catalunya va ser la comunitat autònoma amb major nombre de donants (32).

1.3. Lactància amb formula

Quan no és possible l'alimentació a pit matern es realitzarà amb les anomenades llets per a lactats o formules d'inici. Són llets elaborades a partir de llet de vaca i substitueixen la llet materna per als lactants sans durant els 6 primer mesos de vida, poden ser utilitzades juntament a altres aliments fins a l'any de vida o substituïdes per preparats de continuació a partir dels 6 mesos (4).

El disseny d'aquestes formules es fa tenint com a model a la llet humana, tant en la seva composició com en els seus efectes funcionals. No obstant, existeixen molts components en la llet materna (hormones, citoquines, cèl·lules...) que difícilment es podran incorporar a les formules artificials (33).

La indústria alimentaria elabora aquestes formules segons recomanacions internacionals, i complint rigorosos criteris de seguretat. Es fabriquen a partir de llet de vaca modificada i estan pensades per als recent nascuts a terme sans, o prematurs de més de 2500 grams (33).

Apart dels motius mèdics que poden desaconsellar la lactància materna, a algunes dones, alletar als seus nadons els resulta massa difícil o estressant. Altres motius que poden portar a una dona a optar per la lactància amb formula són (1):

- **Comoditat:** qualsevol dels dos pares pot donar el biberó al nadó en qualsevol moment, encara que això també és aplicable a les mares que s'extreuen la llet utilitzant tirallets. Això permet que la mare comparteixi amb la seva parella la tasca d'alimentar al nadó, lo que ajuda a aquesta última involucrar-se més en aquest procés crucial i en la formació del vincle que sol comportar.
- **Flexibilitat:** una mare que alimenta el seu nadó amb llet de formula pot deixar el seu nadó amb la seva parella o un altre cuidador sabent que el podran alimentar durant la seva absència. No necessitarà extreure's llet amb el tirallet ni organitzar-se el horari de feina o altres obligacions i activitats en funció de les preses del nadó. Tampoc necessitarà buscar un lloc recollit quan tingui que alletar al nadó en públic.
- **Temps invertit i freqüència de les preses:** posat que la llet de formula és menys fàcil de digerir que la llet materna, els nadons alimentats amb llet de formula generalment necessiten alimentar-se amb menys freqüència que els alletats.

- **Dieta:** les dones que opten per la lactància amb formula no necessiten preocupar-se del que mengin o beguin pugui afectar al seu nadó.

Al igual que la lactància materna, la lactància amb llet de formula també planteja alguns reptes que convenen tenir amb compte en el moment de decidir-se per un o per l'altre tipus de lactància. Alguns dels reptes que aquesta presenta són (1):

- **Mancança d'anticossos:** cap dels anticossos que conté la LM es troben a la llet artificial. Per tant, aquest tipus de lactància no proporciona al nadó la protecció afegida contra infeccions i altres malalties que proporcionen la llet materna.
- **No poden reproduir la complexitat de la llet materna:** les llets artificials estan lluny de reproduir la complexitat de la llet materna, que va canviant a la vegada que les necessitats nutricionals del nadó.
- **Organització i preparació:** a diferència de la llet materna, que sempre està disponible, fresca, no s'acaba i es troba a la temperatura adequada, alimentar al nadó amb llet de formula suposa organització i planificació per assegurar-se de que té el que necessita i quan ho necessita. Els pares han de comprar llet de formula i assegurar-se de tenir-la sempre a mà per evitar sortides nocturnes per comprar-la.
És important disposar sempre dels complements necessaris (biberó i tetines), assegurant-se que estan nets i llestos per a l'ús. En cas contrari, el nadó es podria posar molt famolenc i inquiet, sent més difícil de tranquil·litzar. Amb de 8 a 10 tomes en cada període de 24 hores, és fàcil que els pares es sentin aclaparats si jo saben organitzar-se bé.
- **Preu:** la llet de formula pot ser cara. Les variants en pols són més barates, seguides de les variants concentrades, sent les més cares les que es venen llestes per l'ús. I les llets especials (per exemple, de soja o hipoal·lèrgiques) són més cares, a vegades molt més cares, que les de formula bàsiques.
- **Pot produir gasos i estrenyiment:** els nadons alimentats amb llet de formula són més propensos a tenir gasos i a fer deposicions més dures que els nadons alimentats amb llet materna.

1.3.1. Raons mèdiques acceptables per l'ús de llets amb formula

Existeix un petit nombre de condicions de salut del recent nascut i de la mare que podria justificar que es recomanés no alletar de forma temporal o permanent. Aquestes condicions, que afecten a molt poques mares i els seus nadons, es nombraran a continuació juntament a altres condicions materns que, encara que series, no són raons mèdiques per l'ús de llet amb formula (34).

Les afeccions infantils, per les quals els lactants no han de rebre llet materna ni cap altra llet exceptuant la formula especialitzada són (34):

- **Nadons amb galactosèmia clàssica:** es necessita una formula especial lliure de galactosa.
- **Nadons amb malaltia d'orina en xarop d'auró:** es necessita una formula especial lliure de leucina, isoleucina i valina.
- **Nadons amb fenilcetonúria:** es requereix una formula especial lliure de fenilalanina (es permet en certa manera la lactància materna amb monitorització curosa).

També pot ser per afeccions infantils, en els recent nascuts per als que la llet materna és la millor opció d'alimentació, però que poden necessitar altres aliments per un període limitat a més de la llet materna, en els següents casos (34):

- Nadons nascuts amb pes menor a 1500 g (baix pes al néixer).
- Nadons nascuts amb menys de 32 setmanes de gestació (molt prematurs).
- Recent nascuts amb risc d'hipoglucèmies degut a una alteració en l'adaptació metabòlica, o increment de la demanda de la glucosa, en particular aquells que són prematurs, petits per a l'edat gestacional o que han experimentat estrès significatiu intrapart per hipòxia o isquèmia, aquells que estan malalts i aquells que les mares són diabètiques si la glicèmia no respon a lactància materna optima o alimentació amb llet materna.

Per altra banda també pot ser degut a afectacions materns. La que podria justificar que s'eviti a lactància permanentment és la infecció per VIH, si l'alimentació de substitució és acceptable, factible, assequible, sostenible i segura (AFASS). En aquest cas, l'opció més apropiada d'alimentació infantil depèn de les circumstàncies de la mare i el seu nadó, incloent la seva condició de salut, però s'ha de considerar els serveis de salut disponibles i la

conselleria i suport que pugui rebre. Es recomana la lactància materna exclusiva durant els primers 6 mesos de vida a menys que l'alimentació de substitució sigui AFASS. Quan l'alimentació de substitució és AFASS, ha d'evitar tot tipus de lactància materna. La mare infectada amb el VIH ha d'evitar la lactància mixta (és a dir lactància a més d'altres aliments, líquids o fórmula) en els primers 6 mesos de vida (34).

Les afeccions maternes que podrien justificar que s'eviti la lactància temporalment són les següents (34):

- **Malaltia greu:** quan la mare no pugui cuidar del seu nadó, com per exemple septicèmia.
- **Herpes símplex tipus I (HSV-1):** s'ha d'evitar el contacte directe entre les lesions al pit matern i la boca del nadó fins que tota lesió activa s'hagi resolt.
- **Medicació materna:**
 - Els medicaments psicoterapèutics sedatius, antiepilèptics, opioides i les seves combinacions poden causar efectes colaterals tals com marejos i depressió respiratòria, pel que han d'evitar-se si existeixen alternatives més segures disponibles.
 - És recomanable evitar l'ús de iode radioactiu-131 degut a que estan disponibles opcions més segures. La mare pot reiniciar la lactància passats dos mesos d'haver rebut aquesta substància.
 - L'ús excessiu de iode o povidona iodada, especialment en ferides obertes o membranes mucoses, pot resultar en supressió tiroidea o anormalitats electrolítiques en el nadó alletat i hauran de ser evitats.
 - La quimioteràpia citotòxica requereix que la mare suspengui l'alletament durant la teràpia.

1.3.2. Tipus de llets amb fórmula

En la lactància artificial hi ha tres tipus diferents de fórmula adaptades a les necessitats del nadó, aquestes són les següents (33):

- **Fórmula d'inici (fórmula 1):** satisfà les necessitats del lactant fins als 6 mesos.
- **Fórmula de continuació (fórmula 2):** forma part d'una alimentació mixta i s'introdueix als 4-6 mesos d'edat.

- **Formula de creixement o Junior (formula 3):** per la transició entre les formules de continuació i la llet sencera de vaca. Poden utilitzar-se fins als tres anys.

Aquest tipus de formules adaptades a les necessitats poden der modificades per acabar de satisfer les necessitats del nadó. Aquestes modificacions són les següents (33):

- **Formules antiestrenyiment.**
- **Formules anti-còlic.**
- **Formules suplementades amb nucleòtids:** han demostrat que juguen un paper important en l'activació de la immunitat.
- **Formules suplementades amb àcids grassos poliinsaturats (AGPI) de cadena llarga:** pot haver-hi un efecte beneficiós en casos de dermatitis atòpica o en prematurs.
- **Formules suplementades amb prebiòtics i/o probiòtics:** la composició de la microflora intestinal va a variar segons factors genètics, el tipus de part o el tipus de lactància. Poden tenir efecte beneficiós en la prevenció i tractament de malalties intestinals, respiratòries i al·lèrgiques.

També existeixen formules especials, que són dissenyades per alimentar a lactants que presenten algun tipus de malaltia que no els permet l'alimentació amb lactància materna o les formules convencionals. Aquestes són (33):

- **Hidrolitzat de proteïnes:** són formules en que les proteïnes estan fraccionades i han sigut dissenyades per problemes de malabsorció intestinal, maldigestió i principalment per pacients amb al·lèrgia a la proteïna de la llet de vaca (APLV) i intolerància a les proteïnes de llet de vaca (IPLV). Existeixen tres tipus de formules hidrolitzada:
 - Formules extensament hidrolitzades: les proteïnes tenen un pes molecular inferior a 5000 Dalton, i solen estar exemptes de lactosa. La seva indicació principal és el seu ús en pacients APLV, i també per pacients amb problemes de malabsorció intestinal.
 - Hidrolitzats parcials o "formules hipoal·lèrgiques": les proteïnes estan poc hidrolitzades pel que estan contraindicades en pacients al·lèrgics. Es poden utilitzar en pacients amb historia familiar d'atòpia, però no existeix unanimitat sobre el seu ús.

- Formules elementals: el grau d'hidròlisi és màxim per a tots els seus components. El seu ús està restringit a casos de malnutrició greu o per pacients al·lèrgics que no han respost a altres tipus de formules.
- Formules de soja: són deficitàries en alguns aminoàcids essencials i a més poden sensibilitzar pel desenvolupament d'al·lèrgia a les proteïnes de soja, pel que no està indicat el seu ús indiscriminat. Estarien indicades en famílies que no volen ingerir llet de vaca per motius ètics o de creences. En nens APLV sempre són preferibles els hidrolitzats, i en cap cas s'haurien d'utilitzar en menors de 6 mesos.
- **Formules antiregurgitació:** són llets que porten espessidors (farina de garrofer o midons) que impedeixen la regurgitació. En general, es recomana la seva utilització en pacients que no guanyen pes degut a les regurgitacions, i sempre baix supervisió mèdica.
- **Formules sense lactosa:** aquestes formules s'utilitzaran en pacients amb intolerància a la lactosa (poc freqüent en nens). En el nostre medi, en casos de gastroenteritis i diarrea no és necessari retirar la lactància ni la lactosa ni canviar la fórmula; sols en casos de diarrea perllongada es poden aconsellar retirar temporalment la lactosa, no més de 4 setmanes.
- **Formules per prematurs i recent nascuts amb baix pes:** aquests requereixen unes condicions nutricionals determinades, ja que tenen una reserva de nutrients molt escassa i una funció digestiva i metabòlica immadura. Aquestes llets han d'aportar els nutrients necessaris per cobrir els requisits del tercer trimestre de gestació. Convé que continguin els elements necessaris per continuar el correcte desenvolupament del sistema nerviós, de la funció digestiva i de la metabòlica. Contenen una mescla de grasses vegetals i làcties i estan enriquides amb ferro.

Les formules làcties especials per nadons prematurs són llets modificades que aporten més calories que les formules d'inici, tenen una quantitat reduïda de lactosa, i contenen majors quantitats de proteïnes i minerals (calci, fòsfor, zinc i magnesi). Les grasses (20-50%) són triglicèrids de cadena mitja, més fàcils de digerir. Els prematurs hauran de prendre aquestes formules específiques fins que arribin a un pes de 3000 g aproximadament.

També existeixen llets per a recent nascuts de baix pes o "fortificades", que proporcionen calories, proteïnes i minerals en una quantitat mitja entre les formules

d'inici i les explicades anteriorment, que es solen recomanar als prematurs després de les llets per prematurs com a mínim durant 6 mesos.

1.3.3. Preparació de la llet

En general, s'han de seguir les recomanacions del fabricant, afegint una cassoleta de pols per cada 30 ml d'aigua, abocant primer l'aigua i després les cassoletes per la concentració adequada. És important mesurar bé el pols, per evitar deshidratacions per excés de concentració, o carències per excés d'aigua (33).

Les llets en pols no són estèrils, pel que és necessari prendre certes precaucions a l'hora de la preparació i conservació de la llet (33):

- S'han de preparar els biberons en cada presa i rebutjar la formula sobrant. Els biberons una vegada preparats no han de guardar-se; en cas necessari, el més recomanat seria mantenir calenta l'aigua i reconstruir la formula abans de cada presa.
- S'han de netejar molt bé les mans abans de preparar els biberons.
- És recomanable bullir l'aigua potable durant els primers mesos de vida, per inactivar els quists de determinats paràsits que són resistents a la cloració de l'aigua. Mantenir l'ebullició durant un minut és suficient, postat que perllongar aquest temps augmenta la concentració de sals a l'aigua. No és necessari bullir l'aigua embotellada.
- Els utensilis, com biberons i tetines, han de netejar-se molt bé i és recomanable que siguin esterilitzats fins als 4 mesos.
- No és molt recomanable usar el microones ja que no escalfa de forma homogènia.

Els passos que s'han de seguir per són els següents (33):



Rentar-se les mans abans de preparar el biberó.



Esterilitzar totes les peces del biberó (biberó, tetina i rosca) prèviament rentades.



Bullir l'aigua en un recipient i deixar refredar a 40-45 °. Abocar a 1 biberó esterilitzat la quantitat d'aigua necessària.



Afegir el nº de cassoletes de llet en pols necessàries, enrasades i sense comprimir. Utilitzar exclusivament la cassoleta inclosa a la tapa del pot.



Tancar el biberó i agitar-lo enèrgicament.



Comprovar la temperatura del biberó (37 °) abans de donar-lo al nadó.

Taula 1. Preparació de la llet.

Font: Document de l'Hospital Universitari Granada (33).

1.3.4. Biberons i tetines

Ja sigui per l'alimentació del nadó amb llet materna, de formula o totes dos, serà necessari tenir biberons i tetines. Hi ha moltes opcions a disposició, així que pot ser difícil saber quina s'ha d'escollir (35).

El tipus de biberó i tetina dependrà principalment del tipus que desitjarà utilitzar el nadó. Alguns prefereixen alguna forma particular de tetina o poden tenir menys gasos quan utilitzen certs biberons. Altres nadons són menys primmirats. Per començar s'ha d'escollir alguns tipus diferents de biberons i tetines, d'aquesta forma es poden provar i veure què funciona millor per al nadó i la mare (35).

Per escollir la tetina s'ha de tenir en compte de que estan fetes, que poden ser de làtex o bé de silicona. Les primeres són més suaus i flexibles, però alguns nadons són sensibles al làtex, a més de que aquest material pot no durar tant temps com el segon, que a part de durar més temps també mantenen la seva forma de millor manera (35).

També s'ha de contemplar les diferents formes que aquestes presenten. Poden tenir forma de cúpula, ser planes o ser amples. Les tetines planes o amples tenen formes més similars al pit de la mare (35).

Finalment, per escollir quina tetina és la més idònia per al nadó s'ha de mirar quin nivell de flux és el necessari. Es poden comprar tetines amb un nivell de flux lent, mitjà o ràpid, les quals venen numerades, on el 1 és la més lenta (35). Els nadons normalment comencen amb una perforació més petita i un nivell de flux lent. S'ha de augmentar la mida a mesura que el nadó sigui més hàbil per alimentar-se i begui més. El nadó ha de ser capaç de obtenir suficient llet sense tenir que succionar amb massa força. En cas que s'ennuegui o escupi llet, el flux és massa ràpid (35,36).

De la mateixa manera amb els biberons, també s'ha de tenir amb compte els diferents materials amb que es fabriquen. Aquests poden ser de plàstic, vidre, acer inoxidable i d'un sol ús. Els de plàstic són lleugers i no es trenquen quan es deixen caure. En el cas d'escollir aquest material, el millor és que siguin nous, els reutilitzats o heretats poden contenir bisfenol-A. Els de vidre no contenen bisfenol-A i són reciclables però poden trencar-se si cauen. Alguns fabricants venen manegues de plàstic per evitar-ho. Els d'acer inoxidable són resistents i no es trenquen, però són més costosos. Per últim, els d'un sol ús tenen una

manega de plàstic per dintre que es rebutja després de cada ús. Aquest folre col·lapsa conforme el nadó va bevent, el que ajuda a evitar les bombolles d'aire. Els folres ajuden a estalviar en neteja i són útils per viatjar. No obstant, afegeixen costos addicionals ja que es necessita un folre nou cada presa (35).

També es poden escollir diferents formes i mides, dels quals podem trobar els estàndards, que tenen els costats plans o lleugerament arrodonits, són fàcils de netejar i omplir i es pot veure fàcilment quanta llet queda en aquests; els angulats, que són més fàcils de sostenir, la llet s'acumula al extrem d'aquest, això prevé que el nadó succioni aire, però són més difícils d'omplir i pot ser necessari que es tingui que sostenir de costat o utilitzar un embut; els amplis, que tenen una boca ampla i són curts i amples, es consideren que són més semblants al pit així que poden ser una bona opció per als que són alletats i alimentats; i finalment els ventilats, que tenen un sistema de ventilació per evitar bombolles d'aire, es creu que ajuden a evitar els còlics i els gasos, però no està demostrat, aquests tenen una ventila interna similar a una palleta així que es tindrà més peces de les que tenir cura, netejar i encaixar (35).

S'ha de tenir en compte que s'ha de tenir cura i una neteja rigorosa d'aquest elements, pel que es poden seguir aquest consells (35):

- Després de comprar els biberons i les tetines, esterilitzar-los. Col·locant totes les peces a una olla, cobrint-les amb aigua i bullir-les durant 5 minuts. Després netejar-les amb aigua tibia i sabó i assecar-les al aire.
- Netejar els biberons immediatament després d'utilitzar-los per evitar que la llet s'assequi i s'endureixi dintre d'aquest. Netejar els biberons i altres peces amb sabó i aigua tibia. Utilitzar un raspall per biberons i tetines per arribar a zones de difícil accés, aquest raspalls sols s'utilitzaran per als biberons i tetines. Assecar-lo bé abans de utilitzar-ho de nou.
- Si els biberons i tetines indiquen que és segur netejar-lo al rentaplats, es pot netejar i assecar en la reixeta superior d'aquest.
- Rebutjar les tetines esquerdades i trencades, es poden desprendre petites parts de les tetines i provocar ofegament.
- Rebutjar biberons esquerdatats o estellats, poden pessigar o tallar al nadó.

- Netejar-se sempre les mans curosament abans de tocar els biberons o tetines.

1.3.5. Forma correcta de donar el biberó

Per donar el biberó, no hi ha una forma que es consideri correcta sinó que ha de ser una posició favorable per la mare o cuidador i el nadó. Per això aquestes són algunes idees per donar-lo (37,38):

- Subjectar el nadó prop, mantenint-lo amb una posició més bé vertical per a que noti que té el control.
- Afavorir el vincle afectiu amb el nadó: agafar-lo en braços, assentar-se, relaxar-se, mirar-lo als ulls, parlar-lo, acaricia'l, fer contacte pell amb pell, etc.
- Col·locar el biberó el més horitzontalment possible per a que la llet caigui més lenta i el nadó vagi succionant.
- Controlar com es pren la presa, vigilar ennuegaments, si deixa de succionar retirar-lo.
- Es pot afavorir que expulsi l'aire ingerit després de cada presa. Si no n'ha ingerit pot ser que no eructi.
- Deixar que el nadó faci pauses i descansi quan ho desitgi.
- Quan cregui que està quasi ple, girar i retirar el biberó. Oferir immediatament el biberó de nou per comprovar si el nadó en vol més. Si l'agafa, esperar unes deu succions, retirar-lo i tornar-lo a oferir. El nadó acabarà tancant els llavis i així és redueix el risc de sobrealimentar-lo. Si normalment no s'acaba el biberó, omplir-lo menys.

1.3.6. Quantitat que s'ha de donar

De la mateixa manera que el nadons alimentats amb llet materna, els recent nascuts alimentats amb biberó poden començar lentament durant de 2 a 3 dies, sovint prenent sols entre 30 a 60 ml a la vegada. Després dels 2-3 primers dies de vida probablement ja prengui de 60 a 90 ml cada 3 o 4 hores. A vegades, el nadó pot dormir de 4 a 5 hores entre preses, però necessitarà una gran quantitat d'aliments al primer mes de vida, així que si el nadó no ha despertat per menjar després de 5 hores, és una bona idea despertar-lo. Fins i tot, podria considerar despertar-lo després de 3 o 4 hores durant el dia, amb l'esperança de que dormí un poc més per la nit (39).

Després del primer mes de vida és probable que el nadó prengui al voltant de 120 ml del biberó cada 4 hores més o menys, almenys de mitjana. Aquest consum s'eleva gradualment, de forma que a l'edat de 6 mesos, prendrà de 180 a 240 ml 4 o 5 vegades al dia. Una altra forma de pensar sobre el consum normal és pel pes; per cada 500 grams de pes corporal, el nadó prendrà al voltant de 75 ml al dia. Dit això, cada nadó és diferent i el seu metge el pesarà i mesurarà en cada examen de benestar per determinar si el seu creixement es adequa per la seva edat (39).

1.3.7. Quan s'ha de donar

Ja sigui que estigui alletat o alimentat amb biberó, el nadó li donarà les mateixes claus per saber quan té gana i quan està ple. Començarà a moure's, es mostrarà inquiet, succionarà la seva mà i es lleparà els llavis quan necessita aliment. Deixarà anar el mugró o la tetina, es donarà la volta i amb freqüència s'adormirà quan estigui ple. A mesura que creixi pot quedar-se dormit amb menys freqüència i en el seu lloc mirar cap amunt i somriure. Pot estar segur en aquest moment que la presa ha acabat, especialment si el nadó deixa caure unes gotes de llet de fórmula en els seus pantalons (39).

1.4. Educació per la salut

La promoció de la salut constitueix una estratègia fonamental que tracta de capacitar al individu per arribar a un estat de salut i de benestar òptims, a través d'actuacions que millorin els determinants de la salut, com són els estils de vida, i entorns saludables. Informant, formant i implicant a la població sobre els diferents aspectes relacionats amb la salut i la malaltia, contribuint a que aquesta conservi o millori la seva salut i previngui la malaltia (40).

L'Educació per la Salut (EpS) es presenta com la eina fonamental per exercir la promoció de la salut. Pot i ha de practicar-se sobre diferents àmbits, sent els fonamentals, els àmbits sanitari, educatiu i comunitari, incloent en aquest últim l'àmbit laboral (40).

Tenint en compte la importància de la promoció de la salut en general i de l'educació per la salut en particular, es fa precís impulsar l'educació per la salut al seu màxim nivell (40). La pràctica professional d'aquesta va obtenir el seu primer reconeixement internacional amb la carta d'Ottawa de 1986, que definia la promoció de la salut com: “ El procés que proporciona a les persones els mitjans necessaris per exercir un major control sobre els determinants de la salut, millorant així la seva salut” (41).

Segon la OMS, l'EpS pot definir-se des de dos vessants. Per una banda, consisteix en proporcionar a la població els coneixements, habilitats i destreses necessàries per la promoció i la protecció de la salut. Per altra banda, contribueix a capacitar als individus per a que participen activament en definir les seves necessitats i elaborar propostes per aconseguir unes determinades metes en la salut (41).

L'EpS és una poderosa eina per al quefer professional en Atenció Primària ja que dintre dels serveis de salut és el que ocupa el lloc més proper a la ciutadania. Es tracta d'un instrument que serveix tant per la cura i la rehabilitació com per la prevenció i la promoció de la salut (41).

La conceptualització i posta en pràctica de l'EpS ha patit una llarga evolució, conseqüència, entre altres factors, dels diferents conceptes de salut que han anat apareixent en pas dels anys. Avui s'entén com una eina per millorar la salut, ja sigui des de la promoció de la salut, en la prevenció dels problemes de salut, en el tractament d'aquests, com en l'ús adequat dels recursos sanitaris (40).

Al llarg dels anys s'han produït molts canvis en relació amb la salut, amb la forma de comprendre-la i amb els factors que, incidint sobre l'individu i les poblacions, poden alterar-la. Entre ells destaquen (40):

- Un millor coneixement dels factors que intervenen en el procés salut-malaltia.
- El gran desenvolupament de la tecnologia sanitària amb els grans avenços en el diagnòstic i tractament, i la consegüent elevació del cost dels sistemes i serveis sanitaris.

D'un concepte de salut com a no-malaltia s'ha evolucionat fins a un altre més global, que considera la salut de forma dinàmica, com l'estat de benestar físic, psíquic i social. L'EpS persegueix la millora de la salut de les persones i de la col·lectivitat des de tres perspectives: preventiva, de promoció de la salut i d'ús adequat dels recursos sanitaris. L'EpS aborda, a més de la transmissió d'informació, el foment de la motivació, les habilitats personals i l'autoestima necessàries per adoptar mesures destinades a la millora de la salut. L'EpS inclou no sols la informació relativa a les condicions socials, econòmiques i ambiental subjacents que influeixen en la salut, sinó també la que es refereix als factors i comportaments de risc, a més del correcte ús del sistema d'assistència sanitària (40).

Es fa promoció de la salut quan es treballa sobre aquells components que determinen la salut i benestar de la població (40).

1.4.1. Rol d'infermeria en l'EpS

L'EpS suposa una interacció on s'involucren els comportaments i les accions humanes dels educadors i els educands, en un procés de formació permanent que implica l'interactuar per aprendre els significats; no obstant, sovint, en les societats interculturals aquest coneixement mutu no es dona, originant obstacles per brindar una adequada cura infermera i educació per la salut a aquelles persones que tenen una cultura diferent a la pròpia (42).

Perea (43) defineix l'EpS com un procés de formació permanent que s'inicia en la infància, s'orienta al coneixement de sí mateix i té una influència individual i social en la salut col·lectiva. També parla sobre la funció preventiva i correctiva de l'EpS ja que no sols exigeix de la família i el grup social els coneixements i actituds per promoure estils de vida saludables sinó l'adopció d'altres que serveixin per anar darrere d'una salut integral de la comunitat.

Amb respecte a l'EpS intercultural, Perea (43), afirma que la tradició dels pobles resulta vital per la seva supervivència i aquesta es basa en les costums ancestrals, valors mil·lenaris, actituds i cosmovisions heretades, dignes de prendre's en compte a l'hora d'exercir una acció pedagògica.

La infermera en el seu paper d'educadora no sols educa, sinó que també és educada, passa una inversió de rols com a conseqüència de la interacció entre ella i el pacient el que li permet conèixer de prop les percepcions d'aquest, aprenent de les actituds del pacient i la seva família, per reaccionar i desenvolupar una conducta personal i un mètode que li possibiliten proporcionar una cura holística basat en l'EpS (42).

La importància del rol educador en salut parteix del grau de convicció que aquest exerceix en el pacient i la seva família, aconsellant i orientant per a que s'obtinguin competències que els condueixin a portar les regnes de la seva salut i la dels seus, el qual els durà a obtenir una millor qualitat de vida amb base en canvis ambientals i de comportament per formes de vida més saludables (42).

1.4.2. Treball i dinàmiques en grup

Per aplicar l'EpS és necessària una metodologia adequada que incorpori mètodes d'aprenentatge actius, que vagin dirigits cap a les influències socials i la dels mitjans de comunicació de masses, que reforci els valors individuals i les normes grupals, que promoguin el desenvolupament d'habilitats socials fonamentals (44).

Una estratègia especialment efectiva és el treball en grup d'iguals. Les seves principals avantatges són una major adequació dels continguts i estratègies, una major motivació i crèdit de la informació. Les persones concedeixen major valor a la informació obtinguda en un grup que la subministrada des de dalt. Aquestes han d'arribar a fer l'activitat d'aprenentatge seva, i l'educador ha de jugar el paper de facilitador d'aprenentatge. En aquest sentit, s'ha de procurar sempre utilitzar mètodes participatius que potencien l'adquisició d'habilitats socials, la competència en la comunicació, la resolució de conflictes; que incideixin en la responsabilitat, en la presa de decisions i que facilitin la pràctica de les habilitats apreses (44).

Com s'ha dit anteriorment, una estratègia especialment efectiva és el treball en grup. Com sabem el nostre entorn està farcit de grups: la família, els veïns, una associació, etc.

L'existència d'un grup, per si mateixa, no garanteix que el grup avanci cap als seus objectius. Per avançar i evolucionar com a grup, per tal d'aconseguir el que el grup es proposa, fa falta la dinàmica de grups (45).

La dinàmica de grups és un procés d'interacció entre persones mitjançant situacions fictícies, planejades amb objectius concrets. En aquest procés es mostra la conducta global i les variacions de la conducta individual dels seus membres sota la influència del grup. L'objectiu de la dinàmica és l'aprenentatge, teoricopràctic, mitjançant l'experiència viscuda participativa; és a dir, a partir del que el participant "sent i viu" (45).

Aquesta permet arribar a relacions humanes més profundes i possibiliten el desenvolupament, per mitjà de la lliure expressió, de les actituds personals i de cara als altres; ja que permet parlar de tabús, deixa al marge els mecanismes de defensa de les persones envers els altres i permet alliberar-se de la màscara social, dels protocols i de la comunicació interessada (45).

És una forma d'expressió de les relacions humanes i permet avançar en el grup descobrint i vivint emocions noves, ocultes o adormides; obrint sentiments positius d'autoestima, de tolerància i respecte cap als altres. També es pot aconseguir que les creences errònies i els prejudicis cap als altres s'esvaeixin (45).

El món de la dinàmica de grups es regeix per uns principis, o referents, que han sorgit de la confluència dels grans principis psicològics amb l'observació directa del treball grupal. Són uns enunciats que s'han de tenir en compte en tot treball grupal. Aquest principis són (45):

- Un grup és una estructura diferent de la suma dels seus individus.
- El comportament d'una persona tan sols té sentit en l'entorn on es troba.
- Un grup disposa d'un gran poder educador.
- En tot grup operen dos nivells: el de productivitat i l'afectiu.
- Si un grup equilibra els objectius personals i els objectius grupals obté més eficàcia.
- Un lideratge positiu és el que incrementa el valor dels membres del grup.
- L'estil "més-més" (jo guanyo-tu guanyes) potencia l'esperit de grup.
- Cal atendre les tensions que origini una tècnica.

1.4.3. Models de programes d'EpS

Quan s'ha d'elaborar un programa de EpS es poden utilitzar diferents models o teories. S'ha de destacar que tots els models que es poden utilitzar són seleccionats pel seu enfocament cap al receptor. Els tres models més utilitzats són els següents: el model salutogènic, el model Precede-Proceed i el model de Planificació, aquest últim serà el utilitzat en el treball.

1.4.3.1. Model Salutogènic

La teoria salutogènica ha influït indubtablement en el desenvolupament de la Promoció de la Salut. El començament d'aquesta es pot dir que va passar formalment el 1992, en un seminari de la OMS, en el que es van discutir les teories subjacents en Promoció de la Salut (46). Antonovsky, el que va proposar el terme de salutogènesi (47), va assistir a aquest taller i va presentar el seu model salutogènic com una direcció per la Promoció de la Salut. Entre els acords es va concloure que l'enfocament en Promoció de la Salut hauria de realitzar-se sobre la salut i no sobre la malaltia. L'orientació salutogènica es presentava com un paradigma realment viable per a la investigació i la pràctica en Promoció de la Salut. En concret, segons resumeixen Lindstrom i Eriksson, el model salutogènic seria una bona base de fonamentació per a la Promoció de la Salut, per tres raons principals: en primer lloc, perquè el focus es col·loca en la resolució de problemes i en la recerca de solucions; en segon lloc, perquè identifica Recursos Generals de Resistència que ajuden a les persones a moure en la direcció de salut positiva; i, en tercer lloc, perquè identifica un sentit o discerniment global i omnipresent en els individus, grups, poblacions o sistemes, la capacitat es plasma al SOC (comprensió, manejabilitat i significativitat dels esdeveniments vitals) (46).

En aquest model es poden diferenciar quatre etapes, les quals Antonovsky va explicar fent ús d'una metàfora, el riu de la vida. Aquestes etapes són les següents: en primer lloc, la curació o tractament de malalties; en segon lloc la protecció de la salut i prevenció de malalties, que es pot dividir en dos fases: protecció i prevenció; en tercer lloc, coexisteixen l'Educació per la Salut i la Promoció de la Salut; i per últim, en quart lloc es caracteritzaria per la millora de la percepció de la salut, benestar i qualitat de vida (46).

1.4.3.2. Model del programa d'intervenció: PRECEDE-PROCEED

El model PRECEDE va ser construït sota una visió multidisciplinària i intersectorial. El 1991 es va publicar la primera edició, en la qual, en una reorientació teòrica, van incorporar la part ambiental i ecològica del Model PRECEDE i els factors polítics, normatius i organitzacionals en el desenvolupament educacional i ambiental, que el van denominar PROCEED. El model PRECEDE-PROCEED està fonamentat, entre altres, en les ciències socials i del comportament en la epidemiologia, administració i educació. Com a tal, es reconeix que el procés salut-malaltia en les seves diverses expressions, té múltiples causes, les quals han de ser avaluades amb la finalitat d'assegurar una adequada intervenció educativa per la promoció de la salut (48).

El model consta de nou passos: 1) avaluació social; 2) avaluació epidemiològica; 3) avaluació ambiental i del comportament; 4) avaluació educacional i ecològica; 5) avaluació administrativa i de polítiques; 6) implementació; 7) avaluació del procés; 8) avaluació del impacte; i 9) avaluació de resultats (48).

1.4.3.3. Model de Planificació

La planificació de programes de EpS és un procés mitjançant el qual un equip multidisciplinar elabora una sèrie d'activitats d'intervenció tenint en compte els recursos i serveis de que disposen per aconseguir uns objectius prèviament determinants. En aquest procés és fonamental considerar les dificultats, així com anticipar les formes concretes d'avaluació que es portaran a terme en cada una de les fases des de l'inici de la planificació fins al final de la implementació (49).

Aquest model conté 8 etapes, les quals són:

Etapla 1: Anàlisi de la situació. On es contestaran les següents qüestions:

- Per que? Per qui? A qui? (Grup diana) Que tenim? On estem?

Etapla 2: Identificació de necessitats i problemes de salut. On es contestaran les següents qüestions:

- Quina es la necessitat? On, com, per que ha sorgit la necessitat? Quines són les seves condicions?

Etap 3: Establir prioritats. On es contestaran les següents qüestions:

- Que fer? Justificar, per que A i no B?

Etap 4: Formular metes i objectius. On es contestaran les següents qüestions:

- Que volem aconseguir? Per a que? Quan es vol aconseguir? Amb qui? Quan es vol fer?

Etap 5: Determinar activitats i recursos (estratègies). On es contestaran les següents qüestions:

- Que volem fer? Com ho farem? Amb que es farà? Amb qui? A qui preu? Contra que? Contra qui?

Etap 6: Intervenció. On es contestaran les següents qüestions:

- On es farà? Quan es farà?

Etap 7: Avaluació de la intervenció. On es contestaran les següents qüestions:

- Com puc anar millorant la intervenció? Com ho hem fet? Com podem fer-ho la pròxima vegada? Quin resultat o impacte s'ha aconseguit? Que s'ha fet? Com millorar?

Etap 8: Seguiment. On es contestaran les següents qüestions:

- Com segueix el programa? Com el portarem a la pràctica i farem el seu seguiment? Com garantirem que l'efecte positiu del programa no desapareixi o disminueixi?

1.4.4. Programes d'EpS en la lactància

A continuació s'explicarà la importància dels programes d'EpS en la lactància. En el següent projecte anomenat *Educación para la lactancia* (50), en el qual es proposa la creació d'un pla d'educació sobre la lactància amb l'objectiu de capacitar a les dones en l'adequada alimentació dels seus fills durant els seus primers mesos de vida. En el que es conclou, que queda demostrat que l'educació precoç en les pràctiques de lactància influeixen de forma considerable en el manteniment d'aquesta.

En la següent article anomenat *Intervención educativa sobre lactancia materna* (51), del qual l'objectiu és elevar el nivell de coneixements sobre la lactància materna i com a conclusió es

va veure que la intervenció realitzada va ser satisfactòria ja que es va aconseguir que el major percentatge de les mares alletessin fins el sisè mes i es va elevar el nivell de coneixement de lactància materna.

En la següent revisió narrativa anomenada *La Importancia de la Educación Sanitaria en la Lactancia Materna* (52) es conclou que rebre programes d'educació pre i postnatal sobre LM ajuda a mantenir la LM durant més temps, encara que aquests ajuden a altres aspectes a més de la durada.

Per finalitzar, en un article realitzat per la OMS anomenat *Educación sobre lactancia materna para prolongar la duración de esta* (53) indica que l'educació sobre la lactància natural contribueix a augmentar tant la taxa d'inici de la lactància materna com la duració d'aquesta.

2. Justificació

La lactància materna és un període d'alimentació del nadó idoni per incloure a les mares i els professionals en un programa d'EpS, amb l'objectiu de millorar la prevalença, augmentar els coneixements sobre aquesta i evitar que hi hagi deslletament precoç i no desitjat. Amb poques paraules, es pretén instaurar, desenvolupar i posar en marxa amb uns objectius específics, un programa d'EpS per les mares en aquest període, que els permeti tenir els coneixements necessaris per a que el pas per aquest període sigui el millor possible.

Aquesta és recomanada i aconsellada en recent nascuts i el nadó sa durant els 6 primers mesos de vida de forma exclusiva. I és la que moltes organitzacions de salut, AAP, AMA i OMS, la recomanen com a la millor elecció per al nadó, ja que ajuda davant de les infeccions, prevenir al·lèrgies i protegir davant de bastantes con condicions cròniques (4,6).

Promocionar la salut és capacitar a les persones per a que puguin millorar la seva salut actuant sobre el que la determina. Una bona estratègia per l'EpS és el desenvolupament d'habilitats com a principal recurs per la salut.

A partir de la revisió bibliogràfica, s'ha vist que existeixen molts motius pels que les mares deixen l'alletament, encara que segurament deslleten ja que no saben els beneficis que la lactància materna té sobre elles mateixes o sobre el seu nadó. Aquest és un dels motius pels quals es vol portar a terme la creació d'aquest programa.

I a nivell personal, al realitzar les pràctiques a la Unitat de Cures Intensives de Nounats, vaig considerar realitzar aquest programa perquè vaig veure que les mares no tenien gaires coneixements sobre la lactància materna, pel que demanaven molta ajuda al personal sanitari que hi havia a la unitat, ells no tenien els estratègies pedagògiques necessàries per poder explicar-ho amb claredat.

OBJECTIUS

Objectius

General:

- Crear un programa d'educació per la salut en la lactància materna per oferir uns millors coneixements tant a les mares participants del programa com als professionals.

Específics:

- Cobrir les necessitats i estratègies pedagògiques sobre la LM dels professionals sanitaris del HUAV, que formin part dels equips de pediatria i obstetrícia.
- Augmentar els coneixements de les mares primerenques sobre l'alimentació dels recent nascuts.
- Proporcionar més recursos a les mares participants del programa per poder interioritzar els coneixements explicats.
- Garantir una bona alimentació dels lactants a casa.
- Donar els coneixements necessaris per un alletament matern correcte.

MÉTHODES

Mètodes

Es tracta de la realització del dissenys d'una intervenció en Educació per a la Salut (EpS). Per aquest motiu es poden distingir dues estratègies metodològiques. La primera és de revisió bibliogràfica, explicada en el subapartat "Estratègia de cerca" i la segona el disseny de la intervenció.

La metodologia del disseny de la intervenció serà explicada amb més profunditat a l'apartat del "Mètodes de la intervenció".

1. Estratègia de cerca

Per poder obtenir el resultat que es vol als objectius plantejats es va realitzar una revisió bibliogràfica de publicacions ubicades en les següents bases de dades: Pubmed/Medline, CINAHL i Google acadèmic.

Paraules clau: lactància, alimentació, infància, alletar, lactància materna, lactància de formula, educació per la salut.

Paraules claus: breastfeeding, bottlefeeding, feeding, infants, Health education.

En la primera recerca es va acotar als últims 5 anys. Es va trobar gran varietat de articles i webgrafies interessants pel que fa sobre l'alletament i la lactància artificial, encara que es van trobar resultats interessants del 2004 al 2012 que s'han inclòs per tal de realitzar la transcripció del marc teòric.

S'ha consultat el llibre "Educación para la salud: elabora un programa en 8 etapas" (49) per realitzar la creació del programa.

A continuació s'exposa una breu explicació de cada una de les bases de dades utilitzades:

Pubmed/Medline

Pubmed és un motor de cerca gratuït per accedir al Medline, una base de dades bibliogràfiques de citacions i resums d'articles de recerca e biomedicina i ciències de la vida. Principalment tracta de medicina, però proveeix informació de ciències biomèdiques. Està oferta per la United States National Library of Medicine que forma part dels National Institutes of Health, qui manté la base de dades com a part del sistema Entrez de recuperació d'informació.

CINAHL

CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) és un índex d'articles de revistes en anglès i seleccionats en altres idiomes sobre infermeria, professionals paramèdics, biomedicina i assistència sanitària.

Google acadèmic

Google Acadèmic (*Google Scholar*, en anglès) és un motor de cerca de Google que indexa el text complet o les metadades de literatura científic-acadèmica de gran quantitat de formats i disciplines. Entre els resultats que ofereixen podem trobar cites, enllaços a llibres, articles de revistes científiques, comunicacions i ponències a congressos, informes científic-tècnics, tesis i dissertacions, resums, informes tècnics, i altra literatura acadèmica, incloent patents. Google no publica el gruix de la base de dades de Google Acadèmic, i s'ha calculat que aquesta contenia vora 160 milions de documents el maig 2014.

Per últim, es descriuran els criteris d'inclusió i exclusió fets servir per escollir els documents utilitzats.

1.1. Criteris d'inclusió

- Referents a la infografia en ciències de la salut.
- Programes, estudis, revisions bibliogràfiques i guies de salut on parlessin de l'al·letament i educació per la salut.
- D'ús i marc professional d'infermeria, però no en exclusivitat.
- Escrits en català, castellà, anglès o italià.

1.2. Criteris d'exclusió

- Articles d'ús i marc que no incloguin el paper d'infermeria.
- Publicacions superiors als 10 anys d'antiguitat, aproximadament.
- Referències sobre infografia que no sigui sobre salut.
- Articles amb manca de text sencer.
- Articles de subscripció a revistes o pàgines web de pagament.

2. Disseny de la intervenció

Aquest apartat es veurà més extensament en l'explicació del "Mètodes de la intervenció". Per la creació d'aquest programa s'ha escollit el model de Planificació, que divideix la creació d'aquest amb 8 etapes.

2.1. Tipus d'estudi

Es tracta del disseny d'un estudi comparatiu abans-després d'una intervenció d'Educació per la Salut no aleatòria.

Aquest no es durà a terme, però està planificat per la seva realització en el HUAV de Lleida, dintre l'àrea de pediatria i obstetrícia, focalitzant-se en la lactància materna.

2.2. Població diana

El programa va dirigit a totes les dones embarassades del seu primer fill i familiars que donaran llum al HUAV i han portat el seguiment de l'embaràs als Centres d'Atenció Primària (CAP) Onze de Setembre i de Balafia de la ciutat de Lleida. A més, es dirigirà també als professionals que treballin a les unitats de obstetrícia i pediatria de l'HUAV.

Aquest professionals formaran part de l'equip implementador del programa, per tal de crear una estructura organitzativa del programa. Per això es realitzarà una reunió amb els professionals de les unitats on s'explicarà el programa i els objectius a aconseguir, així com les necessitats de crear aquest equip implementador.

2.2.1. Criteris d'inclusió estipulats per la població participant en el programa

MARES	PROFESSIONALS
<ul style="list-style-type: none"> • Dones embarassades del seu primer fill. • Dones embarassades d'un segon fill, però que en el seu primer fill no van donar el pit. • Dones que vulguin donar el pit o que encara no ho tinguin clar. • Acceptar i signar el consentiment 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionals que treballin a les unitats d'obstetrícia i nounats del HUAV. • Professionals que tinguin contacte després del part amb les famílies que formin part del programa. • Acceptar i signar el consentiment informat.

informat.

Taula 2. Criteris d'inclusió dels professionals i les mares

2.2.2. Criteris d'exclusió estipulats per la població participant en el programa

MARES	PROFESSIONALS
<ul style="list-style-type: none"> • Dones embarassades d'un segon fill, en que en el primer van donar el pit. • Dones que han donat a llum en un període superior a un mes. • Dones que vulguin donar llet de formula. • Dones que no dominin la llengua espanyola o catalana. • Dones que no puguin participar per incompatibilitat horària. • No acceptar ni signar el consentiment informat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionals que no tinguin contacte després del part amb les famílies que formin part del programa. • Professionals de les unitats on es tracta amb les famílies, però que no tinguin contacte amb elles. • Professionals que no puguin participar per incompatibilitat horària. • No acceptar ni signar el consentiment informat.

Taula 3. Criteris d'exclusió dels professionals i les mares

**PROGRAMA D'EDUCACIÓ PER A LA SALUT EN LA LACTÀNCIA
MATERNA: “EL MILLOR DE TU, EN EL MILLOR DELS ENVASOS”**

Programa d'Educació per a la Salut en la Lactància Materna: “El millor de tu, en el millor dels envasos”

1. Mètodes de la intervenció

Com s'ha explicat en l'apartat de Mètodes, la població sobre la que s'actuarà són les dones embarassades del seu primer fill de l'àrea de Lleida i que donaran a llum a l'HUAV, també s'actuarà amb els professionals que tinguin contacte amb elles per millorar els seus coneixements en la LM.

Per obtenir informació de l'entorn en que es treballarà es realitzarà una revisió bibliogràfica, també s'utilitzarà l'observació directa en les unitats i, amb les mares es realitzarà una enquesta i amb els professionals una entrevista.

1.1. Consideracions ètiques

Per la realització d'aquest programa en el que participaran dones embarassades i professionals de la salut, és important tenir en compte una sèrie de consideracions ètiques amb l'objectiu d'evitar dilemes sobre el respecte o no dels principis ètics.

Aquest programa, en quant als professionals sanitaris per l'increment de la lactància materna, es tracta d'un estudi comparatiu abans-després, on l'assignació dels professionals i pacients no es aleatòria, ja que en primer lloc els sanitaris són escollits de forma voluntària, a través de reunions informatives per al personal sanitari que treballa en les unitats d'obstetrícia i pediatria de l'HUAV.

Els drets de les persones que siguin que formin part del programa seran respectats completament, guardant la confidencialitat de la informació aportada i la identitat dels participants, sobre tot en el moment de conèixer els resultats de les autoavaluacions realitzades abans i després del programa, sent autoavaluacions designades amb números.

Per dur a terme el programa, s'ha tingut en compte la Llei Orgànica 15/199, del 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter personal, en la que s'estableixen les normes científiques i tècniques de la investigació en salut (54). En aquesta, es reflexa la importància que té el consentiment informat que han de firar els participants, sobre tot per indicar que han sigut informats de tot el que es realitzarà (Annex 2 – Consentiment informat).

Igualment, s'estableix el dret que l'usuari té a l'accés, modificació, oposició i cancel·lació de les dades aportades prèviament.

A més, per desenvolupar el programa, és necessari demanar consentiment al Comitè Ètic d'Investigació Clínica, mitjançant la presentació dels documents en els quals es detalla el programa que es vol realitzar (Annex 3 – Document per sol·licitar permís al Comitè Ètic d'Investigació Clínica per realitzar la intervenció). El propi comitè analitzarà si el programa és èticament correcte per ser portat a terme i aprovarà o no la seva posada en marxa. És imprescindible que es sol·liciti el permís als centre en el que es durà a terme el programa, tenint en compte als gerents del hospital, als responsables de qualitat i als diferents caps de les unitats d'obstetrícia y pediatria. Aquest punt és fonamental per contar amb el suport suficient per la implementació del programa.

2. Creació de programa

Donat que per la creació d'aquest s'ha utilitzat el model de Planificació, s'han seguit les etapes que aquest model proporciona.

Etapa 1. Anàlisi de la situació

Ja que abans de plantejar qualsevol tipus d'intervenció, individual o grupal, es necessari conèixer la situació de partida. En aquesta primera etapa en la que ens trobem és la d'analitzar la situació i les característiques de la població o grup (49).

Per tant, per realitzar la intervenció abans de començar es necessari fer un anàlisi de la realitat, però, prèviament a aquest anàlisi de la situació de la salut, cal tenir clars els següents elements i qüestions:

ELEMENTS	ESTUDI PREVI A L'ANÀLISI DE LA SITUACIÓ DE LA SALUT
Determinar la pertinència de l'estudi	<ul style="list-style-type: none"> Què és desitja saber i per què? Amb aquesta intervenció es pretén fer saber a la població diana la importància de la lactància materna, ja que no va en baixada però tampoc hi ha un augment de la prevalença de la LM. També interessa que s'augmenti el temps de LM exclusiva. Existeixen altres treballs que aportin dades suficients? Què diu l'evidència?

	<p>Hi ha bastants treballs sobre la lactància materna ja que és un tema força estudiat. Pel que fa a l'evidència diu, que la LM en el pas de les setmanes a partir del naixement del nadó disminueix, d'un 71 % a les 6 setmanes a un 46,9 % als 6 mesos.</p>
Objecte d'estudi	<ul style="list-style-type: none"> • A qui va dirigit? Va dirigida, com ja s'ha dit en l'apartat de mètodes, a les dones embarassades o que recent han tingut un recent nascut. Encara que no sols aniria dirigida a aquesta població diana, sinó també als professionals que treballen a les unitats on es tracta amb elles.
Selecció d'indicadors	<ul style="list-style-type: none"> • Quines informacions seran necessàries? A partir de la informació cercada per realitzar el marc teòric, es fa una selecció d'allò que en la intervenció s'haurà d'explicar al participants de la programa, tant a les mares com als professionals. En aquest cas algunes de la formació seria els beneficis de la LM, la col·locació del recent nascut al pit, la preparació del biberó, etc.
Identificar les fonts d'informació	<p>En aquest apartat, per identificar les fonts d'informació es duu a terme una recerca bibliogràfica i, al realitzar una part de les pràctiques clíniques a la Unitat de Cures intensives de Nounats, es portarien a terme els següents mètodes de recollida de dades que són: l'observació directa, l'entrevista als professionals sanitaris i enquestes a les mares que s'estan a la unitat durant el meu pas.</p>
Recollida de dades	<p>En la recollida de dades es realitzarà una revisió de la informació obtinguda en la recerca bibliogràfica. A més, es revisarà la informació obtinguda de l'observació directa, les entrevistes i les enquestes realitzades a la unitat.</p>
Anàlisi de les dades	<p>En l'anàlisi de dades, es tindrà en compte tot el trobat en la recerca bibliogràfica, però tindrà més valor el recollit en l'observació, les entrevistes i les enquestes. Això ens permetrà començar a establir els criteris d'inclusió i exclusió tant dels professionals com de les mares, i poder realitzar el grups d'una forma coherent per la realització dels tallers.</p>
Resultats i conclusions	<p>En aquests apartat s'establiran els resultats i les conclusions,</p>

	que en aquest cas, es suposa que serà la intervenció que es durà a terme en dos parts una per als professionals i una altra per les mares.
Elaborar i redactar l'informe	Per l'elaboració de l'informe sobre la situació de salut, s'analitzen les necessitats de salut, els recursos i els serveis, en aquest cas les necessitats, són l'augment a la lactància materna i la correcta utilització d'aquesta. Com a recursos i serveis es tindran en compte les instal·lacions disponibles al HUAV i el servei dels professionals seleccionats per dur a terme la part educativa i la d'ensenyament.

Taula 4. Elements per l'estudi previ a l'anàlisi de la situació de la salut.

Aquest programa d'EpS en la lactància materna s'implementarà en l'àmbit municipal de Lleida, concretament en les dones embarassades que donin a llum al HUAV de Lleida i que vulguin formar part del programa, i també dels professionals relacionats en la LM, tant de la zona d'obstetrícia com de pediatria del CAP Onze de Setembre, del de Balafia i del HUAV. L'inici del treball es dona per dos motius, que s'observen durant les pràctiques a la unitat de nounats i obstetrícia de l'HUAV:

- Falta de estratègies pedagògiques per part del personal sanitari en la lactància materna, donat que aquests tenen els coneixements però no saben com transmetre'ls a nivell didàctic.
- Coneixements gairebé nuls per part de les mares novelles, tant amb la lactància materna com l'artificial.

És evident que el segon motiu és l'ídoni per a l'inici del desplegament de la fase d'anàlisi de la situació de salut i per al desenvolupament posterior del programa ja que significa que s'ha detectat una necessitat, que es plantejada per ser abordada i que es considera la millor forma d'abordar-la dintre del HUAV del Programa. En aquesta situació l'obtenció de la informació necessària per realitzar un adequat anàlisi de la situació de salut serà senzilla, ja que existeixen molts tipus de programes que ens poden ajudar en l'anàlisi, a més el fet de trobar-nos fent pràctiques dins aquesta unitat ens donarà contacte amb els professionals i les mares per poder iniciar l'anàlisi. Donat que, com s'ha dit anteriorment, existeixen força programes ja creats i dedicats a la millora d'aquesta situació de salut, serà més senzilla la

incorporació d'aquestes tècniques que ens permetran l'obtenció de la informació rellevant i necessària per la consecució d'aquesta fase inicial.

Pel contrari, que l'HUAV no tingui una especial motivació cap al desplegament del Programa serà un condicionant que actuarà com a barrera, el primer objectiu serà convèncer als professionals a càrrec del HUAV sobre la importància de la promoció de la lactància materna en les famílies novelles. A posteriori, s'iniciaran les reunions amb els professionals a càrrec amb l'objectiu de motivar-los en la implementació del Programa, d'aquesta manera poden actuar com a facilitadors, possibilitant la realització d'un bon anàlisi de la situació. Aquest ens facilitarà algunes fonts d'informació, l'existència d'estudis o intervencions on es tracta el mateix tema, ens donaran contactes amb els responsables de cada unitat per poder completar el diagnòstic. Una vegada ens fiquem amb contacte amb els responsables de les unitats, es començaran les entrevistes tant als professionals que treballin en aquestes com les pacients que ens trobem. A més, es realitzarà l'observació d'aquestes unitats per poder acabar de realitzar l'anàlisi de la situació i poder realitzar els grups necessaris, per la realització dels tallers.

Etapa 2. Identificació de necessitats i problemes de salut

Els programes estan destinats a satisfer les necessitats i els problemes de salut, així com a identificar els actius existents de la població. En el cas del nostre programa, estarà enfocat en la promoció de la salut en l'àrea neonatal.

L'anàlisi de la situació actual ens permet estimar les necessitats i els problemes, no sols de la salut, sinó també els de serveis i recursos.

Per saber quines són les necessitats que es presenten en l'actualitat i que ens han fet plantejar-nos la creació del programa, primer hem de saber de què es tracta quan parlem de necessitats i problemes.

Una necessitat existeix quan es percep una diferencia entre el que es considera normal o saludable i el que s'observa. Aquesta expressa la diferencia entre l'estat òptim i l'estat actual o real. En canvi, diem que existeix un problema de salut quan existeix un estat deficient de salut, o un trastorn o una pertorbació que es observable per l'individu, pel professional o per la comunitat (49).

Per tant, en el nostre programa no tractarem tant amb problemes, sinó més bé de necessitats.

Per començar el programa s’ha d’iniciar pel diagnòstic de les necessitats, per poder seleccionar quines són les necessitats en que ens trobem ens haurem de reunir amb el personal sanitari de les unitats. Les necessitats que es poden identificar en aquesta situació es tractarien de necessitats sentides i observades o expressades.

Donat que el programa esta dirigit als professionals de neonatologia i obstetrícia del HUAV i a les mares, s’han de detectar les necessitats que tots dos grups presenten. Per tant, primer es descriuran les necessitats que presenten les mares, que es detectaran a través de la recerca bibliogràfica, l’observació i una enquesta. En quan a la recerca, es detecta que les mares no tenen els coneixements suficients per portar a terme la LM, el que fa que alguns cops es decantin cap a la lactància artificial, que ho deixin abans d’hora o que els faci por fer front a aquesta etapa. En relació amb l’observació com ja s’ha comentat es percep que no tenen els coneixements necessaris per dur a terme correctament la LM, ja que es veu que no tenen posicions d’al·letament correctes o còmodes, ni l’agafada del nadó es correcta ni saben quan el nadó té gana o plora per una altra circumstancia. I per finalitzar amb les mares, l’enquesta (Annex 4 – Enquesta a les mares) que com encara no ha estat realitzada no es poden observar els problemes que trobaríem en aquesta, però si que s’hauria de firmar un consentiment informat (Annex 1 – Consentiment informat per l’anàlisi de la situació) per realitzar-la.

Amb relació als professionals, les necessitats es detectaran a través de la recerca bibliogràfica, l’observació directa i les entrevistes. Amb la recerca bibliogràfica es troben les necessitats que aquests tenen els coneixements correctes encara que en alguns aspectes s’haurien d’actualitzar, com per exemple en l’extracció de llet materna. Pel que fa a l’observació es detecta que encara que aquests tenen tots els coneixements teòrics interioritzats, però que no saben com explicar-ho a les mares d’una forma entenedora i clara. En quan a l’entrevista (Annex 5 – Entrevista als professionals), com encara no s’ha realitzat no es poden identificar ni els problemes ni les necessitats, però es realitzarien preguntes. I per realitzar aquestes entrevistes els professionals hauran de signar un consentiment informat (Annex 1 – Consentiment informat per l’anàlisi de la situació), el mateix que es lliurarà a les mares. Un altre punt important és que com primer és realitzarà

l'observació de les mares, es comentarà amb aquests ja que ells coneixeran millor les mares que nosaltres i es podrà tenir en compte les necessitats observades pels professionals en el dia a dia.

Per finalitzar amb aquesta etapa, s'enumeraran les necessitats que han estat detectades mitjançant l'anàlisi de la situació:

- Necessitat de verbalitzar les pors i ansietats que les mares tenen en front la LM.
- Necessitat de conèixer els beneficis de la lactància materna per fer afavorir la implementació d'aquesta.
- Necessitat de falta d'estratègies pedagògiques per als professionals per ensenyar les tècniques i combatre les pors que les mares tenen.
- Necessitat de coneixença de les malalties benignes que porten al deslletament.
- Necessitat de conèixer diferents postures d'alletament per les mares.
- Necessitats de fer una bona agafada al pit per evitar el deslletament.
- Necessitat d'aprendre l'extracció, conservació i preparació de la llet materna.

Gràcies a que es poden distingir diferents tipus de necessitats que la població considerada en el programa tenen, es podran establir prioritats a l'hora de pensar els tallers i es formularan correctament les metes i objectius necessaris.

Etapa 3. Establir prioritats

En l'etapa anterior es defineix a grans trets les variables i la metodologia utilitzada en el programa per realitzar l'avaluació tant en les mares com en els professionals sanitaris de les unitats. Això va permetre posar les dades depenent si es tractaven necessitats per part d'uns o els altres. Aquesta informació resultarà clau en l'establiment de les prioritats d'intervenció del programa. L'establiment de prioritats es va realitzar juntament amb l'equip a càrrec de les unitats. Com es obvi els professionals coneixen molt més el tipus de mares en les que intervindrem i van tenir un pes molt important en quan a basar les prioritats establertes en l'educació d'elles i a la vegada es basarà en les dades obtingudes mitjançant la avaluació inicial. En canvi, per educar al professionals es va tenir en compte els coneixements dels caps de cada unitat. D'aquesta forma i en funció dels recursos existents al hospital s'analitza amb qui es podran realitzar les activitats educatives, quin nombre de pòsters per les unitats associades s'imprimiran, quants tríptics per la crida de les mares es distribuïran al llarg de la

campanya i si es podran assumir els costos, o amb quina freqüència, entorns i on es prioritzaran les activitats més multitudinàries.

El fet de disposar d'informació objectiva vinguda de l'avaluació i de la informació procedent dels professionals relacionats amb les mares novelles, ens permetrà realitzar una priorització més ajustada a les necessitats d'aquestes. En conseqüència d'una adequada priorització s'aconseguirà que la magnitud de les necessitats i les seves conseqüències siguin en un període de temps inferior i amb una inversió de recursos adequada.

Conèixer els dubtes més preguntats per les mares en aquestes unitats ens portarà a organitzar unes activitats per les mares que necessitin més ajuda. A més, disposar d'informació sobre els dubtes que solen tenir ens permetrà portar a terme directament sobre els problemes que mostren. Per conèixer i confirmar amb quines mares es podran actuar i com actuar sobre els problemes resultarà força important la informació proporcionada pels professionals amb els que tenen més contacte durant aquest període de temps.

Donat que les necessitats establertes, han estat força concretades en l'etapa anterior i que sobre aquestes no es poden prioritzar unes per sobre les altres, es formularan els objectius per crear el programa tenint-les en compte.

[Etapa 4. Formular metes i objectius](#)

Seqüència de metes i objectius de salut del Programa, un programa d'educació per la salut en la lactància materna dirigit a professional i famílies a l'espera d'un recent nascut.

Es basa la formulació de la meta i els objectius en el cas concret de la zona de Lleida que inicia el Programa Matern.

Meta del Programa

Pel 2020, tu seràs el millor dels envasos.

Objectiu General

En el pròxim any s'augmentarà un 20 % la lactància materna, respecte les dones que donen el pit després dels 6 mesos de vida dels seus fills, sent el 2012 un 46,9 %.

Objectius Intermedis

O. Int 1: En els pròxims 6 mesos d'implementació del programa aconseguirà que el 60 % continuïn la lactància materna més allà dels 6 mesos.

O. Int 2: Quan finalitzi el programa el 80 % de les mares tindran un major coneixement de la lactància materna com les postures i l'agafada del nadó.

O. Int 3: Quan finalitzi el programa el 90 % de les mares dominaran la tècnica d'extracció, conservació i preparació de la llet extreta.

O. Int 4: El 90 % del professionals que hi participen, en la finalització del programa, coneixeran noves estratègies pedagògiques sobre la LM.

O. Int 5: Durant el primer any d'implementació del programa s'implementaran 10 accions de promoció de la lactància materna a nivell de les unitats que produiran una millora de l'adherència a la lactància materna mes enllà dels 6 mesos de LM exclusiva.

Objectius Específics

Tots els objectius específics estan proposats per ser complits al finalitzar el programa i als 6 mesos posteriors:

O. E 1: Que les mares puguin verbalitzar pors i ansietats que presenten enfront la LM.

O. E 2: Que les mares sàpiguin els beneficis que la LM els aporta a elles i al seu fill.

O. E 3: Que els professionals siguin capaços de verbalitzar a través de la detecció de barreres i condicionants a l'hora d'educar a les mares que acaben de donar a llum i vol alletar al seu nadó.

O. E 4: Que els professionals recordin tots els conceptes que es tractaran amb les mares a les sessions d'aquestes.

O. E 5: Que les mares coneguin quines malalties benignes, potser, hauran de combatre per continuar amb la LM

O. E 6: Que les mares puguin col·locar correctament el nadó al pit, coneixent diferents postures.

O. E 7: Que les mares puguin distingir si el nadó fa una bona agafada al pit.

O. E 8: Que les mares coneguin la correcta tècnica d'extracció, conservació i preparació de la llet materna.

Etapa 5. Determinar activitats i recursos

En la posada a terme de les activitats que es realitzaran al Programa, aquestes es dividiran en dues parts, la primera part per als professionals participants del programa i la segona per les mares, que faran les sessions abans i després del part.

La primera part constarà de dues sessions que duraran aproximadament 3 hores la primera i sobre una hora i mitjà i la segona part constarà de 6 sessions, la primera més extensa d'unes 3 hores i les altres d'una i mitjà aproximadament amb un seguiment als 6 i 12 mesos d'haver conclòs el programa.

Les sessions combinaran part teòriques i pràctiques. Una vegada finalitzades s'exposaran les opinions i els aclariments que vagin sorgint durant aquestes. Per acabar es realitzaran diferents tècniques per comprovar l'assoliment dels nous coneixements.

Les activitats per les mares s'organitzaran de manera que tres mesos abans de que les mare donin a llum, amb els permisos dels centres i l'equip implementador, és donarà la informació sobre el programa. En el moment que quedin dos mesos per donar a llum, es crearà un primer grup per realitzar les dos sessions primeres. Donat que s'escollirà un grup de mares que donin a llum el mateix mes, durant aquest mes serà el equip implementador que actuarà en l'estada hospitalària. Per finalitzar, en el mes següent de donar a llum, en quan tindran l'alta hospitalari, es realitzaran la resta de sessions i 6 mesos després l'enquesta.

1ª Part Presentació del taller de lactància materna als professionals sanitaris

Degut a que els professionals de les unitats de obstetrícia i pediatria estan en continuo contacte amb les mares o futures mares que alletaran, se'ls realitzarà dos sessions per poder complir l'objectiu marcat i que formin part del equip implementador.

Sessió 1

Títol: Iniciació del programa.

Objectiu: Que els professionals siguin capaços de verbalitzar i detectar barreres i condicionants a l'hora d'educar a les mares que acaben de donar a llum i vol alletar al seu nadó.

Continguts:

- Introduir i conèixer l'estructura del programa.
- Identificar les barreres i condicionants que es troben a l'hora d'explicar els conceptes a les mares i trobar-hi una solució.

Activitats:

- **Presentació:** es realitzarà una breu presentació del programa.
Tot seguit es presentaran els objectius del programa, la cronologia de les sessions, els horaris i les pautes a seguir durant el procés i es justificarà el perquè és fa, i en que consisteix cada sessió.
- **Desenvolupament:** per portar a terme la sessió s'utilitzarà la tècnica del *Manual thinking* (Annex 6 – Manual thinking), per poder identificar els problemes en que es troben els professionals amb les mares. Primer s'explicarà la dinàmica i es formaran grups de 4 o 5 persones, uns 5 grups.
Després es repartirà un mapa a cada grup i 12 etiquetes verdes per persona de cada grup, on apuntaran barreres i condicionants que es troben, amb un dibuix o una paraula. Per realitzar-ho tindran uns 15 minuts. Una vegada s'acabarà el temps, es verbalitzarà individualment al grup el que s'ha ficat a cada etiqueta i s'empegaran on vulguin del mapa, en un període de 30 minuts.
Per continuar, es donaran 4 etiquetes grans a cada grup i es demanarà que entre tot el grup categoritzi les barreres i condicionants i que ho reorganitzin en 15 minuts.
El tercer pas, serà donar 12 etiquetes de color groc per persona i en grup han de buscar com superar les barreres i complicacions, en uns 30 minuts.
En quart lloc, s'aportaran noves barreres i condicionants o com superar-les a la resta de mapes, amb etiquetes vermelles, cada grup estarà 5 minuts en el mapa d'un altre grup. En aquest procés, no hi ha errors, sinó es tracta d'aportar, en cap cas, corregir.
- **Acabament:** en acabar la rotació, es crearà un debat oral entre tots els grups que tindrà una durada de 40 minuts. Per finalitzar, cada grup amb etiquetes blaves valorarà si pot afegir una idea nova al seu mapa.

Recursos:

- Recursos materials:
 - Mapa *Manual thinking*.
 - Etiquetes verdes, vermelles, grogues i blaves.
 - Etiquetes grans.
 - Cronograma de les sessions.
 - Full del consentiment informat.

Avaluació: en aquesta sessió no hi haurà avaluació, donat que tot el que es comentí serà correcte i no hi haurà cap tipus d’error.

Durada total: 3 hores i 30 minuts.

Sessió 2

Títol: Recordatori sobre la lactància materna.

Objectius: Que els professionals recordin tots els conceptes que es tractaran amb les mares a les sessions d’aquestes.

Continguts:

- Conceptes bàsics de la lactància materna.
- Organització sessions de les mares.

Activitats:

- **Presentació:** es presentarà que els objectius de la sessió.
- **Desenvolupament:** Per començar la sessió, es farà entrega l’enquesta de satisfacció del programa, per veure que els sembla el programa.
Després, s’aniran explicant tots els continguts per fer un recordatori sobre els conceptes bàsics de la lactància materna, com beneficis, postures, bona agafada, etc., que s’hauran d’explicar en les sessions de les mares. Aquest continguts s’explicaran amb el suport d’un Power Point.
- **Acabament:** es realitzarà una pluja d’idees, per parlar que s’espera del programa, si creuen que faltarà tractar algun tema que ells creguin necessari i si tenen algun dubte sobre el programa. I es recollirà l’enquesta de satisfacció.

Recursos:

- Recursos material:
 - Ordenador amb projector.
 - Power point amb els conceptes bàsics.
 - Enquesta de satisfacció (Annex 7 – Enquesta de satisfacció dels professionals).

Avaluació: s’entregarà una enquesta de satisfacció on s’avaluarà el programa.

Durada total: 1 hora i 30 minuts.

2ª Part Presentació del taller de lactància materna a les mares

La lactància materna no sempre es sap com portar-la a terme, per aquest fet moltes mares decideixen dur a terme la lactància amb fórmula. De forma que la realització d’aquest programa pretén que les dones adquireixin els coneixements sobre la LM, per tal de tenir més facilitat a l’hora d’implementar-la. Per realitzar les sessions les mares hauran de firmar un consentiment informat (Annex 2 – Consentiment informat), per així poder formar part del programa.

Sessió 1

Títol: Iniciació del programa.

Objectius: Que les mares puguin verbalitzar por i ansietats que presenten enfront la LM.

Continguts:

- Introduir i conèixer l’estructura del programa.
- Identificar les por i ansietats en que es troben les mares abans de donar a llum, enfront la LM.

Activitats:

- **Presentació:** es realitzarà una breu presentació del programa.
Tot seguit es presentaran els objectius del programa, la cronologia de les sessions, els horaris i les pautes a seguir durant el procés i es justificarà el perquè es fa, i en que consisteix cada sessió.
- **Desenvolupament:** per portar a terme la sessió s’utilitzarà la tècnica del *Manual thinking* (Annex 6 – Manual thinking), per poder identificar les por i ansietats en que

es troben les mares abans d’iniciar la LM. Primer s’explicarà la dinàmica i es formaran grups de 4 o 5 persones, uns 5 grups.

Després es repartirà un mapa a cada grup i 12 etiquetes verdes per persona de cada grup, on apuntaran les pors i ansietats que tenen, amb un dibuix o una paraula. Per realitzar-ho tindran uns 15 minuts. Una vegada s’acabarà el temps, es verbalitzarà individualment al grup el que s’ha ficat a cada etiqueta i s’empegaran on vulguin del mapa, en un període de 30 minuts.

Per continuar, es donaran 4 etiquetes grans a cada grup i es demanarà que entre tot el grup categoritzi les pors i ansietats i que ho reorganitzin en 15 minuts.

El tercer pas, serà donar 12 etiquetes de color groc per persona i en grup han de buscar com superar les pors i ansietats, en uns 30 minuts.

En quart lloc, s’aportaran noves pors i ansietats o com superar-les a la resta de mapes, amb etiquetes vermelles, cada grup estarà 5 minuts en el mapa d’un altre grup. En aquest procés, no hi ha errors, sinó es tracta d’aportar, en cap cas, corregir.

- **Acabament:** en acabar la rotació, es crearà un debat oral entre tots els grups que tindrà una durada de 40 minuts. Per finalitzar, cada grup amb etiquetes blaves valorarà si pot afegir una idea nova al seu mapa. També es farà entrega de l’autoavaluació que es realitzarà en la primera i última sessió del programa per veure l’evolució.

Recursos:

- Recursos materials:
 - Mapa *Manual thinking*.
 - Etiquetes verdes, vermelles, grogues i blaves.
 - Etiquetes grans.
 - Cronograma de les sessions.
 - Full del consentiment informat.
 - Autoavaluació sobre els seus coneixements sobre la LM abans del programa (Annex 8 – Autoavaluació de les mares).

Avaluació: en aquesta sessió no hi haurà avaluació, donat que tot el que es comenti serà correcte i no hi haurà cap tipus d'error. Encara que, es farà entrega de l'autoavaluació, per veure el progrés del programa.

Durada total: 3 hores i 30 minuts.

Sessió 2

Títol: Per què escollir la lactància materna?

Objectius: Que les mares sàpiguin els beneficis que la LM els aporta a elles i al seu fill.

Continguts:

- Donar a conèixer els beneficis materns i els del nadó en la LM.

Activitats:

- **Presentació:** es farà una breu introducció sobre el que es veurà en aquesta sessió ' s'explicarà l'objectiu d'aquesta.
- **Desenvolupament:** es començarà la sessió amb la recollida de l'autoavaluació que es va entregar a les mares per realitzar a casa, abans de començar amb les sessions. Per portar a terme la sessió, es farà entrega de 10 targetes de cartolina en blanc a cada mare on hauran d'escriure beneficis de la LM en la mare i el nadó, una vegada tinguin escrites les 10 targetes, amb blue tack, les apegaran a la pissarra dividint-les en els beneficis matern i els del nadó.
Després se'ls entregarà targetes on ja hi haurà els beneficis escrits, encara que no tots seran correctes, per això s'intentarà que es creï un debat per discutir quins són beneficis i quins no, i si són de la mare o del nadó.
Per finalitzar la sessió, es farà l'explicació dels beneficis amb el suport d'un power point i es farà entrega d'un fulletó on es descriuran els beneficis de la LM. Aquesta sessió serà per ajudar a les mares a escollir si portar a terme la LM o iniciar la lactància amb formula quan naixi el seu nadó.
- **Acabament:** es ficarà en comú amb la tècnica de pluja d'idees per saber si s'ha entès tot i si els ha ajudat a escollir el millor per a elles i els seus nadons.

Recursos:

- Recursos materials:
 - Fulletó amb els beneficis (Annex 9 – Fulletó dels beneficis de la LM).
 - Power Point.
 - Projector i ordinador.
 - Blue tack.
 - Cartolines.

Avaluació: pluja d'idees per tal d'avaluar els coneixements adquirits. Comentaris i aclariments dels dubtes dels participants.

Durada total: 1 hora i 30 minuts.

** Aquestes sessions que venen a continuació es realitzaran després de l'alta hospitalària, per haver donat a llum.*

Sessió 3

Títol: Malalties que hem poden portar a deixar la LM

Objectius: Que les mares coneguin quines malalties benignes, potser, hauran de combatre per continuar amb la LM.

Continguts:

- Conèixer aquelles malalties benignes que poden sorgir durant la LM.
- Donar els coneixements sobre que s'ha de fer per combatre-les.

Activitats:

- **Presentació:** es farà una breu introducció sobre el que es veurà en aquesta sessió ' s'explicarà l'objectiu d'aquesta.
- **Desenvolupament:** en aquesta sessió es portarà a terme la tècnica de les 4 cantonades, que consisteix en que en cada una de les cantonades de la sala on es realitzarà la sessió, es col·locarà un pòster amb una agrupació categoritzada de les malalties benignes. Durant 15 minuts, podran llegir cada una dels pòsters i decidiran, individualment, quin d'aquest els portaria a deixar la LM. Una vegada realitzats els grups, cada grup escollirà un portaveu que defensarà de cara als altres equips perquè

ho han escollit. Quan cada portaveu s’hagi expressat qui vulgui es podrà canviar d’equip i haurà de dir el perquè.

Després, es realitzarà una presentació amb imatges sobre les possibles malalties que poden sorgir durant la LM, però que no són un impediment per portar-la a terme, i com s’han de combatre aquestes malalties.

S’explicarà quines poden ser perjudicials per al nadó si es continua amb la LM i quines permeten continuar alletant el nadó mentre aquesta està.

- **Acabament:** es realitzarà un joc amb el Kahoot!, per comprovar que s’han adquirit els coneixements. Aquest es realitzarà amb parelles o amb grups de 3. Al contestar cada pregunta del joc, és comentarà la resposta dels participants.

Recursos:

- Recursos materials:
 - Díptic amb malalties i com combatre-les (Annex 10 – Díptic de les malalties benignes i com combatre-les).
 - Power Point .
 - Projector i ordinador.
 - Telèfons mòbils.
 - Kahoot!
 - Pòsters amb les malalties.

Avaluació: és realitzarà un joc amb el programa Kahoot!, per veure si saben reconèixer les malalties benignes i com s’han de combatre.

Durada total: 1 hora i 30 minuts.

Sessió 4

Títol: Com he de col·locar al nadó i com s’ha d’agafar ell al pit?

Objectius:

- Que les mares puguin col·locar correctament el nadó al pit, coneixent diferents postures.
- Que les mares puguin distingir si el nadó fa una bona agafada al pit.

Continguts:

- Conèixer les postures que hi ha per l'alletament.
- Saber si el nadó duu a terme una correcta agafada al pit.

Activitats:

- **Presentació:** es farà una breu introducció sobre el que es veurà en aquesta sessió ' s'explicarà l'objectiu d'aquesta.
- **Desenvolupament:** es realitzarà una presentació amb imatges sobre les postures que es fan servir en l'alletament, s'explicarà en que consisteix cada postura per poder-les realitzar correctament. En aquesta sessió es recomanarà portar els seus nadons per posar en pràctica les postures.

També es mostraran imatges de com es fa la correcta agafada del nadó al pit i s'observarà com la realitzen els nadons i es corregirà.

- **Acabament:** es realitzarà un joc amb el Kahoot!, per comprovar que s'han adquirit els coneixements. Aquest es realitzarà amb parelles o amb grups de 3. Al contestar cada pregunta del joc, és comentarà la resposta dels participants.

Recursos:

- Recursos materials:
 - Tríptic amb les postures i la correcta agafada (Annex 11 – Tríptic de les postures i la correcta agafada de la LM).
 - Power Point.
 - Projector i ordinador.
 - Telèfons mòbils.
 - Kahoot!

Avaluació: és realitzarà un joc amb el programa Kahoot!, per veure si s'han fixat amb les postures i la correcta agafada del nadó. I es resoldran els dubtes.

Durada total: 1 hora i 30 minuts.

Sessió 5

Títol: Què faig quan comenci a treballar?

Objectius: Que les mares coneguin la correcta tècnica d'extracció, conservació i preparació de la llet materna.

Continguts:

- Conèixer la tècnica d'extracció de llet materna.
- Saber com conservar la llet extreta.
- Saber com preparar la llet que s'ha extret per la seva utilització.
- Tipus de biberons i tetines per la presa de la llet extreta.
- Com donar el biberó.

Activitats:

- **Presentació:** es farà una breu introducció sobre el que es veurà en aquesta sessió s'explicarà l'objectiu d'aquesta.
- **Desenvolupament:** per aquesta sessió es realitzarà la tècnica Philip 6/6, que consisteix en crear grups de 6 persones, que tindran 1 minut per persona per parlar sobre el que coneixen sobre el tema de la sessió, que han sentit i com ho fan.
Després, es realitzarà una presentació amb imatges sobre la tècnica d'extracció, conservació i preparació de la llet materna, per quan les mares no puguin alletar els seus nadons, ja sigui pel treball o per altres motius, com les malalties benignes.
Es realitzarà l'extracció de forma pràctica perquè així els conceptes són molt més entenedors. Pel que fa a la conservació i preparació a la llet extreta solament s'explicarà de forma teòrica.
També s'explicaran els tipus de biberons que s'hauran de fer servir per donar la llet extreta i com s'ha de donar.
- **Acabament:** Es ficarà en comú amb la tècnica de pluja d'idees per saber si s'ha entès tot i si sabran realitzar correctament la tècnica una vegada es trobin soles. Al ser la última sessió, es passarà l'autoavaluació per segon cop, per fer la comparativa del abans i el després.

Recursos:

- Recursos materials:
 - Fulletó amb les tècniques d'extracció, conservació, preparació de la llet, i com s'ha de donar el biberó (Annex 12 - Díptic amb les tècniques d'extracció, conservació i preparació de la llet materna extreta i com s'ha de donar el biberó).
 - Power Point .
 - Projector i ordinador.
 - Tirallets.
 - Biberons.
 - Autoavaluació després del programa.

Avaluació: pluja d'idees per tal d'avaluar els coneixements adquirits. Comentaris i aclariments dels dubtes dels participants. Per finalitzar la sessió es tornarà a fer entrega de l'autoavaluació, per poder comparar els coneixements al inici del programa i si han augmentat gràcies a aquest.

Durada total: 1 hora i 30 minuts.

3ª Part Comprovació del seguiment de la lactància materna

Sessió 6 i 7

Títol: Seguiment de la lactància materna després de 6 i 12 mesos.

Objectius: Saber si hi ha hagut continuïtat de la lactància després del programa.

Continguts:

- Coneixement del seguiment.
- Aclarir dubtes.
- Preocupacions.

Activitats:

- **Presentació:** es presentaran els objectius de la sessió.

- **Procediments:** les mares es col·locaran en rotllana, una vegada preparades, es preguntarà una sèrie de qüestions:
 - Seguiment de la lactància materna.
 - Algun dubte que els hagi sorgit en aquest temps.
 - Tenen alguna preocupació.
 - Han seguit els consells que es van donar i s’ha millorat la pràctica de la LM.

Durada total: 1 hora.

Pressupost del programa

Total ingressos		Total despeses	
1000 euros		1000 euros	
Descripció d'ingrés	Quantitat	Descripció de despesa	Quantitat
Beca diputació	1000 euros	Impressions	894 euros
		Material Manual Thinking	86 euros
		Material papereria	20 euros

Taula 5. Full d'ingressos i despeses.

Número de la sessió	Títol del taller	Síntesi de l'objectiu	Duració	Numero de participants	On es realitzarà
1^a	Iniciació del programa	Verbalització de condicionants i barreres en l'educació de les mares	3 hores i 30 minuts	Grups de 20 professionals	Aula de l'HUAV
2^a	Recordatori sobre la lactància materna	Recopilació dels conceptes bàsics sobre la lactància materna	1 hora i 30 minuts	Grups de 20 professional	Aula de l'HUAV

Taula 6. Sessions dels professionals.

Número de la sessió	Títol del taller	Síntesi de l'objectiu	Duració	Numero de participants	On es realitzarà
1ª	Iniciació del programa	Conèixer les pors i ansietat enfront la LM	3:30 hores	Grups de 20	Aula de l'HUAV
2ª	Per què escollir la lactància materna?	Saber els beneficis de LM	1:30 hores	Grups de 20	Aula de l'HUAV
3ª	Malalties que hem poden portar a deixar la LM	Identificar les malalties i com fer-les front.	1:30 hores	Grups de 10	Aula de l'HUAV
4ª	Com he de col·locar al nadó i com s'ha d'agafar ell al pit?	Conèixer les postures i la correcta agafada de la LM	1:30 hores	Grups de 10	Aula de l'HUAV
5ª	Què faig quan comenci a treballar?	Conèixer la tècnica d'extracció i conservació i preparació de la LM, i com s'ha de donar	1:30 hores	Grups de 20	Aula de l'HUAV
6ª i 7ª	Seguiment de la lactància materna després de 6 i 12 mesos.	Saber si s'ha continuat amb la LM	1:30 hores	Grups de 20	Aula de l'HUAV

Taula 7. Sessions de les mares.

Etapa 6. Implementació

La implementació del programa seguirà el següent cronograma. On en l'inici del programa es repartiran pòsters i tríptics sobre aquests als diferents CAP de la ciutat de Lleida.

Activitats	2017		2018												2019								2020
Mesos	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	08
Elaboració del projecte																							
Revisió ètica i permisos																							
Anàlisis de la situació de les mares																							
Anàlisis de la situació dels professionals																							
Inici del programa																							
Sessió 1. Professionals																							
Sessió 2. Professionals																							
Creació de l'equip implementador																							
Sessió 1. Mares																							
Sessió 2. Mares																							

[illegible]

Taula 8. Cronograma del programa.

Etapa 7 i 8. Avaluació i seguiment de la intervenció

Com es va detallar en les primeres etapes del programa d'EpS té com a principal objectiu la promoció de la lactància materna més enllà dels 6 mesos de vida del nadó i es realitza mitjançant la ensenyança dels factors necessaris per portar-ho a terme. Aquest plantejament enunciat ja ens fa sospitar quins indicadors de salut serà necessari monitoritzar, quins instruments avaluatius s'utilitzarà i quin disseny avaluatiu es portarà a terme.

En el programa es realitzarà un pla complet d'avaluació formativa ja que es porta a terme els diferents passos necessaris per completar aquesta fase d'avaluació:

Primer de tot es consensuarà amb els directius de l'HUAV quin protocol d'avaluació és viable executar i quins indicadors es podien recollir en el temps disponible. A la seva vegada, cada missatge o acció que es planteja realitzar està basada en la revisió bibliogràfica. El programa, va estructurar els determinats a abordar seguint l'estructura del model de planificació en EpS.

Pel que fa a l'avaluació del procés, durant l'aplicació del Programa es realitzen en cada taller diferents tipus d'avaluacions, depenent si es tractava dels professionals o de les mares s'avaluarà d'una forma o d'una altra. En el cas dels professionals, es realitzarà la tècnica del Manual thinking i una pluja d'idees per veure que s'ha après. Respecte a l'avaluació de les mares, es realitzarà mitjançant el joc Kahoot! al final de les sessions o altres tipus de dinàmiques. Pel que fa a les mares, també es realitzarà una autoavaluació a la primera i última sessió, per tal de veure si hi hagut una evolució en els coneixements.

En relació a l'avaluació sumativa, el Programa es realitzarà la comparació de les respostes obtingudes en les autoavaluacions realitzades en el primer i últim taller (Annex 8 – Autoavaluació de les mares), tant per saber si han servit aquest taller per obtenir la informació necessària per que l'objectiu principal del programa es compleix i poder realitzar canvis amb les recomanacions que aquests ens proposen en l'enquesta del últim taller. També es realitzarà, als 6 mesos d'haver acabat el programa, a les mares una trucada per saber quantes continuen donant el pit més enllà dels 6 mesos de vida dels nadons.

CONCLUSIONS

Conclusions

La lactància materna és un període que la dona sols viure amb més o menys tensió. En aquest sentit, es convenient marcar la importància de l'EpS en les mares novelles, ja que segurament mostraran pors i ansietats davant d'aquesta.

En aquest programa es pretén que les mares novelles en la lactància materna, es decideixin per aquesta i que la portin a terme durant el major període de temps possible, pel bé del seu nadó i per elles mateixes, ja que a Lleida no es troben programes concrets de la província sinó que són més ve a nivell comunitari, s'ha decidit crear el programa per diverses raons. La principal és augmentar la implementació d'aquesta més enllà dels 6 mesos de vida del nadó, pels beneficis que aquesta aporta, en segon lloc, per augmentar els coneixements de les mares sobre aquesta i finalment perquè amb la creació d'un programa d'EpS, hi haurà major lactància materna tant si va més enllà dels 6 mesos com si no.

Segons diversos estudis sobre els programes de EpS en la lactància materna (50–53), expliquen que l'educació precoç en la lactància materna influeix de forma considerable en el manteniment d'aquesta, com que si la intervenció es favorable els percentatges de mares que alletin fins al 6é mes de vida i que la durada augmentava si els coneixements eren majors sobre aquesta.

Per aquest motiu, considero necessari crear un programa d'EpS sobre la lactància materna per a les dones que donin llum per primer cop degut als baixos coneixements que es tenen sobre aquest període de temps.

Actualment, no existeix cap programa d'EpS per la lactància materna en la zona de Lleida, on es puguin informar, conèixer i expressar les seves pors i ansietats. No obstant, existeixen dones que estarien interessades, pel que resulta interessant potencia a transmissió d'aquests coneixements a les dones amb una finalitat de garantir la lactància materna coma forma d'alimentació principal en el nadó.

En el cas de que aquest programa es portes a terme de forma real, crec que hi hauria una bona acollida per part de les dones a les que va dirigit, i les dones que es plantegen tenir un fill en el futur es sentirien més segures per fer front a la lactància materna, per adquirir tots els coneixements necessaris per portar-la a terme correctament.

La informació és fonamental com a punt de partida en aquest programa, que servirà per aclarir totes les pors i ansietats que mostren en arribar en aquest període de vida del nadó. De forma que possiblement es reduiran les ansietats i pors que es podrien generar.

A més els beneficis que comportaria serien els següents: augmentaria la participació als programes d'EpS per la lactància materna que suposaria augmentar els coneixements sobre aquesta, la disminució de deslletament en les mares primerenques i l'augment de la prevalença de la lactància materna més enllà dels 6 mesos de vida dels nadons.

Al ser un programa grupal, un altre aspecte positiu és que les unes a les altres es donaran suport per continuar amb la LM i reduiran les pors i ansietats que tenen envers a aquesta ja que podran compartir-los amb iguals a elles.

Tot i així, cal destacar l'existència d'algunes limitacions que s'han de tenir en compte i que podrien tenir influència en els resultats. La primera serà trobar un nombre suficient de mares que vulguin participar al programa i que més o menys donin a llum el mateix més. A part, aquestes hauran de tenir una disponibilitat horària concreta i que no hi hagi una barrera idiomàtica. També podran sorgir les limitacions amb les autoavaluacions, el que ens faran variar els resultats.

A nivell tant personal com professional, m'agradaria que aquest programa algun dia es pogués portar a terme, que tingués una bona acollida tant per part dels professionals sanitaris com per la de les mares i que a més donés un bons resultats, en quant a l'augment de la prevalença de la lactància materna més enllà dels 6 mesos de vida del nadó.

Per finalitzar, amb la realització d'aquest treball he assolit nous coneixements sobre la lactància materna i sobre la creació de programes d'EpS, ja que aquest segon és un tema poc tractat durant la carrera.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

1. Elana Pearl B-J. Lactancia materna frente a lactancia con leche de fórmula [Internet]. kidshealth.org. 2015 [cited 2018 Feb 28]. Available from: <https://kidshealth.org/es/parents/breast-bottle-feeding-esp.html?view=ptr&WT.ac=p-ptr>
2. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna del comité de lactancia materna. Asoc Española Pediatría. 2017;1–11.
3. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio i duración de la lactancia en España i en otros países. Asoc Española Pediatría. 2016;
4. Lázaro A. Alimentación del lactante sano. Hosp Tarrasa, Hosp Clínica Zaeragoza. 2012;l:287–95.
5. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. On the Feeding of Supplemental Foods to Infants. Pediatrics. 1980;65:1178–81.
6. KidsHealth. Breastfeeding vs. Formula Feeding. Nemours. 2015;1.
7. Comité de Lactancia Materna del Hospital 12 de Octubre. Guía de Actuación en el Nacimiento y La Lactancia Materna para profesionales sanitarios. 2011;63:340–56.
8. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016;387(10017):475–90.
9. Fallon A, Van der Putten D, Dring C, Moylett EH, Fealy G, Devane D. Baby-led compared with scheduled (or mixed) breastfeeding for successful breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016(9).
10. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. 2012;129(3):e827–41.
11. Deloian BJ, Lewin LO, O'Connor ME. Use of a Web-based Education Program Improves Nurses' Knowledge of Breastfeeding. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2015;44(1):77–86.

12. Hernández Gamboa E. Genealogia de la lactancia materna. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica*. 2008;(15):1–6.
13. Porporato M. Historia de la Lactancia [Internet]. IMEDBA Plataforma CIE. 2014 [cited 2018 Feb 3]. Available from: <https://www.plataformacie.com.ar/web/enlaces-de-interés/artículos-científicos/153-historia-de-la-lactancia.html>
14. Vesalio A. Historia de la Lactancia Materna. 2004;1–12.
15. Schellhorn C, Valdés V, Juez G, Niño R, Weason R, Mena P, et al. Manual de lactancia Materna. Lactancia Materna Lactancia Materna CONTENIDOS TÉCNICOS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD. 2010. 238 p.
16. Grummer-Strawn LM, Rollins N. Summarising the health effects of breastfeeding. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):1–2.
17. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104:3–13.
18. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, Tan DJ, Lau M, Dai X, et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):85–95.
19. Lodge CJ, Tan DJ, Lau M, Dai X, Tham R, Lowe AJ, et al. Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl*. 2015;104(467):38–53.
20. Horta BL, Loret De Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2015;104:30–7.
21. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2015;104:96–113.
22. Lozano De La Torre MJ. Lactancia materna. *Investig Cienc*. 2002;7(4):1–8.
23. Sachs HC. The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update

- on Selected Topics. *Pediatrics*. 2013;132(3):e796–809.
24. Consejería De Salud Del Gobierno De La Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Rioja Salud. 2010;
25. OSTEBA. Guía para las madres que amamantan. 2017;39.
26. Torras E. Posturas y posiciones para amamantar [Internet]. Alba Lactancia Materna. 2017 [cited 2018 Feb 17]. Available from: <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/posturas-y-posiciones-para-amamantar/>
27. Martínez P. Guía para la extracción y conservación de leche materna [Internet]. Maternidad continuum. 2017. Available from: www.maternidadcontinuum.com
28. Hernández- Aguilar MT, Cerveró LI, García- Ballester M, Fernández-Pérez M, Gutierrez G, Lloret J, Nebot C SC. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año de vida. *Pediatría Atención Primaria Área*. 2004;58.
29. Junta Directiva de la EMBA. Compartir leche materna Declaración de la Asociación Europea de Bancos de Leche. 2011;
30. García-Lara NR, García-Algar O, Pallás-Alonso CR. Sobre bancos de leche humana y lactancia materna. *An Pediatr*. 2012;76(5):247–9.
31. Resources F, Grant L. MILK SHARING: A statement from the European Milk Bank Association (EMBA) and the Human Milk Banking Association of North America (HMBANA). 2014;(January 2015):1–2.
32. Asociación española de bancos de leche humana. Datos actividad AEBLH. 2013;D:3946.
33. Fernández Marín CE, Garrido Torrecillas FJ, Gutiérrez Martínez M del M, Hurtado Sánchez F, Martínez Martínez E, Martínez Pozo M, et al. Guía de Lactancia Materna. Granada: Complejo Hospitalario Universitario Granada y Distrito Granada Metropolitano; 2015. p. 137.
34. World Health Organization, Unicef. OMS | Razones médicas aceptables para el uso de

- sucedáneos de leche materna. Oms. 2009;1–6.
35. Kaneshiro NK, Zieve D. Comprar y cuidar biberones y tetinas [Internet]. MedlinePlus. 2017 [cited 2018 Mar 3]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000804.htm>
36. American Academy of Pediatrics. Sugerencias prácticas para alimentar con biberón [Internet]. healthychildren.org. 2015 [cited 2018 Mar 3]. Available from: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/feeding-nutrition/Paginas/Practical-Bottle-Feeding-Tips.aspx>
37. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Com es prepara un biberó? Díptic. 2017;
38. Dar el biberón a un lactante: Ideas para los cuidadores. laligadelaleche.es.
39. Hill DL. Aspectos básicos para la alimentación con biberón [Internet]. HealthyChildren.org. 2015 [cited 2018 Mar 4]. Available from: <https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/baby/feeding-nutrition/paginas/bottle-feeding-how-its-done.aspx>
40. VillaAndrada JM, Ruiz Muñoz E, Ferrer Agüeroles JL. Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud. Junta Extrem Cons Sanid y Consum. 2013;4(1,2011):81–7.
41. Riquelme Pérez M. Educación para la salud escolar. AEPap. 2006;185–6.
42. Islas P, Pérez A, Hernández G. Rol de enfermería en educación para la salud de los menonitas desde el interaccionismo simbólico. Enfermería Univ. 2015;12(1):28–35.
43. Perea Quesada R. Promoción y educación para la salud : tendencias innovadoras. Diaz de Santos; 2009. 453 p.
44. Choque Larrauri R. Comunicación y educación para la promoción de la salud. Razón y Palabra. 2005;18.
45. Currás HT. Habilitats de grup - Dinàmiques de grup. Inst Obert Catalunya.
46. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Rev Esp Salud Publica. 2011;85(2):129–39.

47. Rodríguez M, Couto M, Díaz N. Revisión Bibliográfica. Modelo salutogénico: enfoque positivo de la salud. Una revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venez.* 2016;53.
48. Blank ME. El modelo precede/proceed: un organizador avanzado para la reconceptualización del proceso de enseñanza-aprendizaje en educación y promoción de la salud. *Salus.* 2006;10(1):18–25.
49. Gómez SF, Selva L, Martínez M, Sáez S. Educación para la salud: elabora un programa en 8 etapas. 1ª. 2016. 156 p.
50. Azanza Neri I. Educación para la lactancia. 2014;
51. Estrada J, Amargós J, Reyes B, Guevara A. Intervención educativa sobre lactancia materna. *Rev Arch médico camagüey.* 2010;14:15.
52. Sacristán Leal J. La importancia de la educación sanitaria en la lactancia materna. 2015;
53. Willumsen J. Educación sobre lactancia materna para prolongar la duración de esta. WHO. 2015;
54. Generalitat de Catalunya. Llei orgànica de protecció de dades de caràcter personal. Dep Justícia. 2011;BOE nº 298:1–27.

Annexos

Annex 1 – Consentiment informat per l'anàlisi de la situació

Sóc la Rosa Curto, i actualment estic realitzant el treball final de grau de la Universitat de Lleida.

Em dirigeixo a vosté per demanar-li la seva col·laboració mitjançant la complimentació d'una enquesta que es una part fonamental del meu treball de creació d'un programa d'EpS titulat "El millor de tu, en el millor dels envasos".

L'enquesta te com objectiu determinar quins coneixements i quines pors hi ha sobre la lactància materna, com també en quines dificultats es solen trobar amb aquesta.

La seva participació és totalment **voluntària**. En qualsevol moment pot retirar-se de l'estudi i anular el consentiment sense necessitat de justificació.

Tanmateix, la informació recollida en l'estudi és **confidencial**. Els resultats obtinguts a partir de l'anàlisi de les respostes de l'enquesta en cap cas revelaran la identitat de les persones participants, tal i com s'estableix en la Llei orgànica 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal.

L'enquesta consta de 6/7 preguntes i requereix aproximadament de 15 minuts per complimentar-la.

Declaro que m'han informat de forma clara i comprensible de la finalitat, limitacions i beneficis de l'estudi, i que m'han contestat totes les preguntes que he realitzat i dubtes que he tingut.

Per aquest motiu, **ACCEDEIXO** a contestar la enquesta i dono el meu **CONSENTIMENT INFORMAT** per a que aquesta informació sigui utilitzada per redacció del treball de màster i posterior divulgació científica.

Moltes gràcies per la seva col·laboració i ajuda.

Rosa Curto Llatje

Firma del participant.

Nom: _____

_____, _____ de _____ del 2018

Annex 2 – Consentiment informat

Fulla informativa

Em dirigeixo a vosaltres per convidar-vos a participar en la realització del següent programa en el qual s'avaluarà: l'adquisició de nous coneixements de la lactància materna (LM) i la prevalença en un període de temps més llarg.

Abans de contestar, llegeix atentament els següents apartats. Per a qualsevol dubte, pots dirigir-te a la Rosa Curto Llatje.

Objectiu del estudi:

L'objectiu del programa és que en el pròxim any s'augmenti un 20 % la lactància materna, respecte les dones que donen el pit després dels 6 mesos de vida dels seus fills, sent al 2012 un 46,9 %.

Procediment del programa:

Durant els últims mesos d'embaràs i després de donar a llum, és realitzarà per part de les mares, unes sessions on s'explicarà tot el necessari per poder donar la Lactància materna correctament, on efectuarà una autoavaluació en la primera i última sessió, a més de les avaluacions realitzades amb diferents dinàmiques al finalitzar les sessions.

La teva participació és voluntària i pots decidir no participar sense que això comporti cap conseqüència desfavorable per a tu i sense necessitat d'exposar una justificació per part teva. També, si decideixes participar en el programa, pots revocar aquesta decisió en qualsevol moment sense necessitat d'informar sobre les raons de la teva decisió.

El procés es basa en:

- La complementació per part de la mare d'una autoavaluació de competències sobre la LM, en la primera i última sessió del programa.
- La participació en les diferents sessions del programa, 7 sessions en total.

Cada participant escollirà un codi que haurà de ser el mateix durant tot el programa. De manera que es garanteix escrupolosament la confidencialitat dels documents. Per conèixer si puc o no utilitzar els documents emplenats per part de la mare durant el procés cal corroborar que ha signat el consentiment informat. És per aquest motiu pel qual en el

En el cas que més endavant vulguis fer alguna pregunta o comentari sobre el projecte, o si vols revocar la teva participació en el mateix, si us plau, contacta amb: Rosa Curto Llatje, rosacurto.1996gmail.com. Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de Lleida. Carrer de Montserrat Roig, 2. 25198 Lleida.

Lloc, data i signatura de l'investigador:

Annex 3 – Document per sol·licitar permís al Comitè Ètic d'Investigació Clínica per realitzar la intervenció



Institut Català
de la Salut

COMPROMÍS DEL INVESTIGADOR

Jo,

Fa constar:

Que coneix i accepta participar com investigador principal en el programa titulat
“.....”

Que es compromet a que cadascun dels subjectes sigui tractat i controlat seguint
l'establert pel protocol autoritzat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica i Llei orgànica
15/1999, de protecció de dades de caràcter personal.

Que l'enquesta es realitzarà contant amb la col·laboració dels professionals
d'infermeria del centre.

FIRMAT

_____, _____ de _____ del 2018

Annex 4 – Enquesta a les mares

1. Se li ha explicat abans del part els tipus de lactància que pot donar al seu nadó?

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

2. La informació que li ha estat proporcionada a l'ingrés l'ha ajudat en la lactància materna?

☐ Molt ☐ Bastant ☐ Regular ☐ Poc ☐ Gens

3. Li hagués agradat rebre més informació sobre la lactància materna? Quina?

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

4. Ha tingut dificultat en la instauració de la lactància materna? En què?

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

5. Sent que li falta informació per portar a terme correctament la lactància materna?
Quina?

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

6. Suggestiments per la millora en l'atenció a la lactància materna:

Codi de la participant:

Annex 5 – Entrevista als professionals

1. Que t'agradaria saber sobre la LM i consideres que et podria ajudar en el tracte amb les mares?
2. Sobre quins coneixements de la LM t'agradaria ampliar?
3. Enumeraries algun taller o curs que t'agradaria realitzar sobre la LM?
4. T'agradaria conèixer noves estratègies pedagògiques per transmetre els teus coneixements sobre la LM?
5. Que creus que necessaries saber sobre la LM per poder fer una educació més bona a les mares?

6. Tens la sensació de que quan les mares marxen d'alta marxen segures de poder continuar amb la LM?
7. Pots resoldre tots els dubtes que aquestes presenten abans de marxar d'alta?

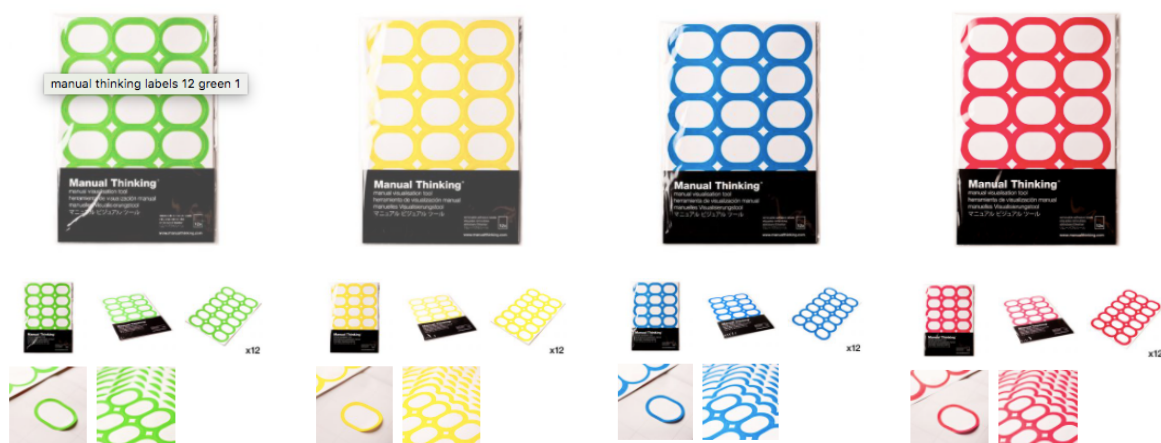
Annex 6 – Manual thinking

1. Mapa Manual thinking



Imatge 17. Mapa Manual thinking.
Font: pàgina web Manual thinking

2. Etiquetes verdes/ grogues/ blaves/ vermelles



Imatge 18. Etiquetes verdes, grogues, blaves i vermelles.
Font: pàgina web Manual thinking

3. Etiquetes grans



Imatge 19. Etiquetes grans.
Font: pàgina web Manual thinking

Annex 7 – Enquesta de satisfacció dels professionals

Què t'ha semblat el programa?

☐ Molt bé ☐ Bé ☐ Regular ☐ NS/NC

Afegiries alguna cosa?

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

En cas de haver marcat "Sí", quines?

T'ha servit el que s'ha realitzat a les sessions?

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

Has obtingut nous coneixements sobre tècniques pedagògiques?

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

Has obtingut nous coneixements o has recordat coneixements sobre la LM?

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

En cas de haver marcat "Sí", quins?

Creus que es bona idea la creació de l'equip implementador per ajudar a les mares durant l'hospitalització?

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

Canviaries alguna dinàmica de grup en les sessions explicades per les mares?

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

En cas de haver marcat “Sí”, quina i per què?

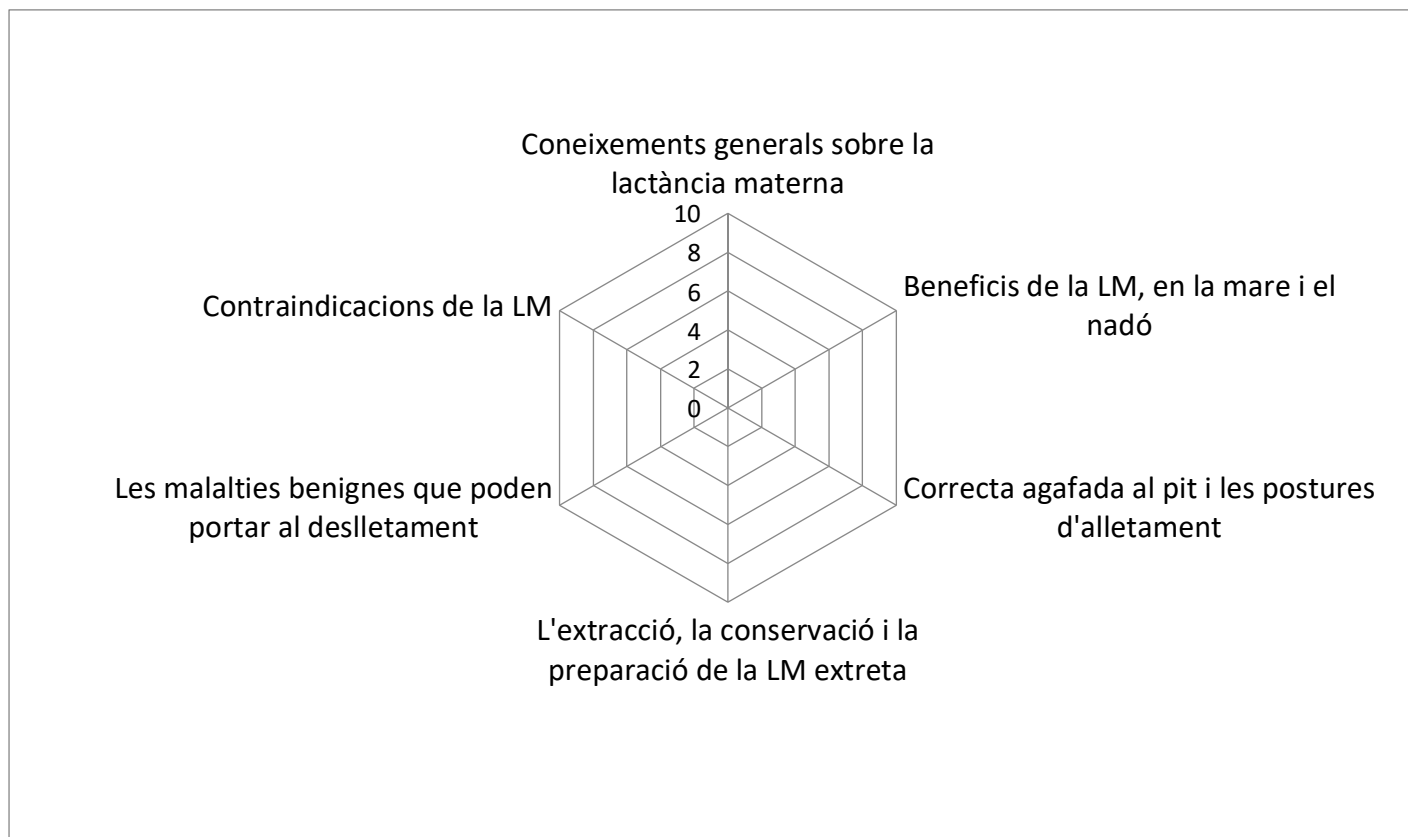
Tornaries a formar part del programa?

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

En quin grau recomanaries el programa a un professional de l'àrea de pediatria i obstetrícia que traci amb mares que han donat a llum? *(digues un número de l'1 al 10, essent el 10 la puntuació més favorable)*

Annex 8 – Autoavaluació de les mares

Del 0 al 10, sent 0 no sé res sobre el tema i 10 ho sé tot, quins son els teus coneixements sobre els següents temes:



Codi de la participant:

Annex 9 – Fulletó dels beneficis de la LM



Beneficis de la lactància materna



Beneficis en el nadó, més destacats:

- Reducció de les infeccions del tracte respiratori i de l'otitis mitjana
- Reducció de les infeccions del tracte gastrointestinal
- Reducció de la incidència d'enterocolitis necrotitzant
- Risc reduït en el síndrome de mort sobtada del lactant i reducció de la mortalitat infantil.
- Efecte protector en malalties al·lèrgiques
- Risc reduït de la malaltia celíaca.
- Reducció de malaltia inflamatòria intestinal
- Taxes d'obesitat significativament més baixes en els recent nascuts alletats
- Reducció de la Diabetis mellitus tipus 1
- Reducció de la leucèmia i limfoma infantil
- Nadons preterme:
 - Hi ha potents beneficis.

Beneficis en la mare:

- En primer moment, disminució del sagnat post part i una involució del úter més ràpid
- Augment d'espai en la amenorrea de la lactància
- Reducció de la depressió post part
- Mares sense antecedents de Diabetis gestacional, disminueix el risc de Diabetis mellitus tipus 2.
- Amb una història acumulada de 12 a 23 mesos de LM, reducció significativa:
 - Hipertensió arterial
 - Hiperlipidèmia
 - Malaltia cardiovascular
 - Diabetis
- Experiència acumulativa és correlaciona amb la reducció de càncer de mama i ovari. Cada any de LM s'ha calculat una reducció del 4,3 % del càncer de mama.

Annex 10 – Díptic de les malalties benignes i com combatre-les

- **Dermatitis de la mama**

- **Impetigen**

- Infecció superficial de la capa epidèrmic.
 - Tractament tòpic. La mare es pot extreure llet fins que es curin les lesions i després seguir amb l'alletament.



- **Dermatitis vírica per herpes simple o varicel·la**

- La mare es pot extreure llet fins que es curin les lesions i després seguir amb l'alletament.



- **Dermatitis per contacte**

- Causada per contacte directe amb algun irritant o al·lergen.
 - Tractament: evitar la substància irritant i aplicar corticoides tòpics. No contraindica l'alletament.



- **Candidiasis**

- Pot manifestar-se al mugró, aurèola, plec mamari i submamari.
 - Tractament tòpic. Si la mare presenta lesions actives prop l'aurèola, es pot extreure llet fins que es curin les lesions i després seguir amb l'alletament.



Malalties benignes que poden portar al deslletament



En diferents ocasions, hi ha patologies benignes de la mama que poden ser la causa del deslletament precoç i no desitjat. Aquestes poden ser una de les següents:

- **Dolor al inici de la succió**

- Valorar si es dolor fisiològic o si es tracta d'una mala posició al pit, la retirada incorrecta del nadó, l'ús de cremes, l'existència d'esquerdes... Per millorar-ho corregir l'error.



- **Esquerdes al mugró**

- Millor prevenció es la postura correcta, i que la boca del nadó compregui la major part de l'aureola i deixar que es sequi amb la llet.



- **Ingurgitació mamària**

- Acumulació de llet i augment del flux sanguini, provoca els pits inflats i durs.



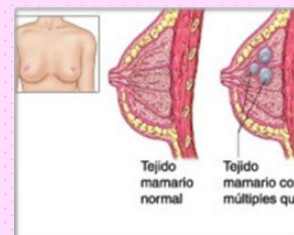
- **Congestió mamària**

- Calor humit abans les preses, buidament mamari amb el tirallet, alletar amb més freqüència, antiinflamatoris i/o analgèsics.



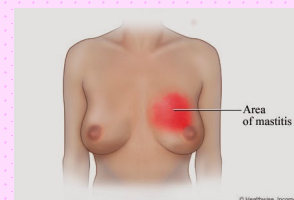
- **Obstrucció d'un conducte (galactocèle)**

- A causa d'una infecció de llet retinguda
- Tractament: avaluació de la llet retinguda, canvi de la posició d'alletament, es pot recomanar analgèsics i/o antiinflamatoris



- **Mastitis**

- Principal causa de deslletament precoç
- Tractament: assessorament de suport a la mare, buidament eficaç de la llet, tractament antibiòtic i tractament simptomàtic.



Annex 11 – Tríptic de les postures i la correcta agafada de la LM

- Posició invertida o pilota de rugby



- Posició de cavallet o "dancer"

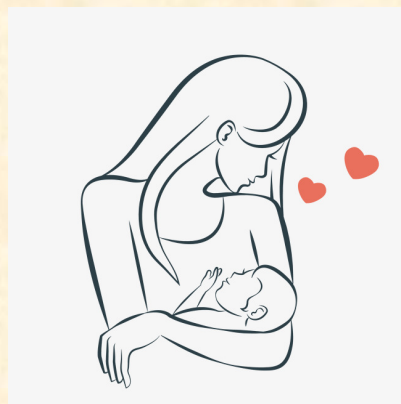


- Posició de bressol-creuat



Contacte

Teléfono (HUA): 973 24 81 00
Correo electrónico: rosacurto.1996@gmail.com



COL·LOCACIÓ DEL NADÓ AL PIT

*Programa d'EpS en la
lactància materna "El millor
de tu , en el millor dels
envasos"*

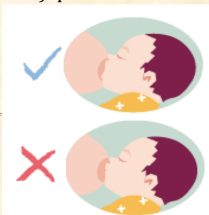


Molts problemes de la lactància són deguts a la mala tècnica, ja sigui per una posició inadequada, una agafada incorrecta o una combinació de tots dos.

Per facilitar l'agafada del nadó i el buidatge adequat del pit, s'han de seguir les següents recomanacions:

- Col·locar-se lleugerament reclinada cap enrere.
- El nas i la barbeta del nadó han d'estar tots dos en contacte amb el pit.
- El cos del nadó ha d'estar amb estret contacte amb el de la mare.
- El cap ha d'estar col·locat davant el pit amb el mugró a l'altura del llavi superior-nas.
- És útil l'agafada espontània. Aquesta consisteix en que el nadó una vegada col·locat correctament, tirarà el cap cap enrere per buscar el mugró i obrirà la boca.

Per una bona agafada és important que tot el cos del nadó estigui enfrontat a la mare, i que a l'obrir la boca introdueixi gran part de l'aurèola, especialment per la part inferior (on té la barbeta) per a que al moure activament la llengua no lesioni el mugró. Els signes que ens indicaran una bona agafada són: que la barbeta del nadó toqui el pit, que la boca estigui ben oberta, el llavi inferior cap enfora (evertit) i les galtes estiguin redones o aplanades (no enfonsades) quan succona.



Encara que també es pot realitzar una agafada dirigida, que consisteix en que en el moment en que el nadó obre la boca, la mare l'atreu cap al pit i dirigeix el mugró per sobre de la llengua en direcció al pavelló de l'orella. Hi ha diferents formes de realitzar l'agafada dirigida:

- Subjecció en "C"



- Subjecció en "Sandwich"



Postures d'alletament

No existeix una única posició adequada per alletar, l'important és que la mare estigui còmoda, que l'agafada sigui adequada, i que el nadó estigui enfrontat i apegat al cos de la mare. Aquestes són algunes de les postures que poden afavorir l'inici d'una lactància bona i duradora:

- Posició de crança biològica



- Posició asseguada o de bressol



- Posició agitada de costat



Annex 12 - Díptic amb les tècniques d'extracció, conservació i preparació de la llet materna extreta i com s'ha de donar el biberó

Preparació

Per la descongelaçió de la llet, s'han de seguir els següents consells :

- S'ha de descongelar la llet materna sota el raig d'aigua calenta de l'aixeta.
- No bullir ni posar la llet materna al microones, ja que les temperatures altes destrueixen els anticossos.
- Quan la llet es descongela, agitar el biberó suaument per mesclar-la.
- És important, no tornar a congelar la llet que no s'usi.
- Llençar la llet que sobri al biberó després de donar de menjar al nadó.
- Al portar llet materna al hospital, mantenir-la congelada amb gel.
- La llet descongelaçió ha de refrigerar-se i utilitzar-se en les següents 24 hores.

**Com donar un biberó?**

- Posició incorporada del nadó, uns 90°.
- Afavoriu el vincle afectiu amb el vostre fill: agafa'l en braços, assenta't, relaxa't, mira-li als ulls, parla-li, acaricia'l, fes contacte pell amb pell, etc.
- Col·loqueu el biberó el més horitzontal possible per a que la llet caigui més lenta i el nadó vagi succionant.
- Controleu com es pren la presa, vigileu ennuegaments, si deixa de succionar retireu-li.
- Podeu afavorir que expulsi l'aire ingerit després de cada presa. Si no n'ha ingerit pot ser que no eructi.

Extracció, conservació, preparació de la Llet materna extreta i com s'ha de donar el biberó**Extracció**

Inici quan la mare o el nadó no poden alletar-se cada 2-3 hores. Per estimular la baixada de llet, tant si s'ha d'extreure mecànica o manual.

- Fer massatges
- Fregar el pit amb compte des de la part superior del mugró
- Sacsejar tots dos pits suaument inclinat-se cap endavant

Extracció manual: quan es necessita treure llet de vagades o per alleujar la congestió mamària. Tècnica de Marmet:

- Col·locar el dit gros i els dits índex i mig formant una "C" a uns 3 o 4 cm per darrere del mugró.



- Evitar que el pit descansi sobre la mà.
- Empènyer els dits cap enrere (cap a les costelles), sense separar-los.
- Rodar els dits i el dit gros cap al mugró, amb moviments com de corró.
- Repetir rítmicament per buidar els depòsits.
- Rotar la posició dels dits per buidar altres parts del pit. Utilitzar totes dues mans en cada pit.
- Extreure la llet de cada pit fins que el flux de llet es faci més lent. Provocar el reflex de baixada en tots dos pits. Pot fer-se simultàniament.



- Repetir tot el procediment d'esprémer i provocar el reflex de baixada en tots dos pits, una.
- Evitar estiraments i maniobres de pressió excessiva al pit o mugró.

Extracció mecànica: mitjançant tirallets• **Tirallets elèctric**

- Preparar el pit fent servir calor, fent massatges, agitant-los i girant el mugró.
- Posar el control per aspirar al nivell de pressió més baix o mínim.
- Connectar les parts del tirallet i el tub que es connecta a la bomba elèctrica segons les instruccions.
- Col·locar l'embut o la campana del tirallet al pit. Posar el mugró al centre i encendre el tirallet. El mugró es mourà cap endavant i endarrere del embut. Després de que surtin algunes gotes, augmentar poc a poc el nivell d'aspiració que sigui còmoda. Utilitzar el tirallet de 5 a 7 minuts. Fer massatges al altre pit i després utilitzar la bomba de 5 a 7 minuts. Utilitzar el tirallet en cada costat per un total de 10 a 15 minuts.

• **Tirallets manual**

- Col·locar l'embut o el vorell amb copa suau sobre el pit.
- Per començar, s'ha d'imitar la "crida a la llet" del nadó, usant traccions curtes i ràpides.
- Una vegada que s'obtingui una mica de llet, s'ha de realitzar aspiracions llargues i uniformes amb el pistó o cilindre.
- Alguns tirallets contenen amb un regulador per aspirar. S'ha de començar amb el nivell més baix i incrementar-lo fins que la llet flueixi lliurement i la mare es senti còmoda.
- S'utilitzarà el tirallet de 5 a 7 minuts d'un costat o fins que el raig de llet o les gotes siguin més lentes. Canviar de pit i utilitzar el tirallet de 5 a 7 minuts. Tornar a cada pit unes quantes vegades més, fins que el flux de llet sigui lent.
- La llet del tirallet s'abocarà a un biberó net o a una bossa d'un sol ús per a llet.
- Les primeres vegades que s'utilitza la bomba, pot ser que sols surtin unes quantes gotes de llet. Això es normal. Utilitzant la bomba cada 3 hores prompte s'obté més i més llet.

Conservació

La llet materna es pot conservar de moltes formes, però existeixen unes recomanacions generals per a totes elles (:

- Abans de manipular la llet materna cal rentar-se bé les mans amb sabó.
- Els envasos d'emmagatzematge de llet materna han d'estar ben nets i esbandits.
- Congelar el més aviat possible la llet materna si no es va a usar en els pròxims tres dies.
- Congelar-la en petites quantitats (50-100 ml) per a donar-la al nadó sols la que hagi de prendre immediatament.
- Sempre que sigui possible s'utilitzarà llet fresca (no congelada).
- Etiquetar els envasos de la llet congelada amb la data.
- Consumir sempre la llet més vella.
- Una vegada descongelada la llet s'ha remoure bé perquè pot haver-se separat en dos fases.

La llet materna pot refrigerar-se 2 dies o congelar-se 2 mesos a la part més freda del congelador. En un congelador tipus baül, on les temperatures són més fredes i estables, la llet materna pot guardar-se de 6 a 8 mesos. Si es coneix que la llet no s'usarà en els dos dies següents de que s'usi el tirallet, s'ha de congelar en seguida.

